

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Caderno Secretaria da Saúde

FICHA TÉCNICA

Elaboração técnica:

Ana Flávia Guimarães Moura – Terapeuta Ocupacional CREFITO3 13017-TO
Supervisora Educação em Saúde

Giovana de Góes Muknicka – Farmacêutica CRF-SP 69.387 RQE Farmácia Clínica 17057-76
Supervisora Núcleo de Políticas de Saúde

Colaboração técnica:

Amanda Furtado Proença Pacileo - Médica CRM/SP 157415 RQE Psiquiatria 85.942
Médica SINTEA

Revisão técnica:

Anna Carolina De Vasconcellos Garcia
Enfermeira COREN-SP 123.016
Chefe de Divisão CREDAC

Camila Cristina Galvan Costa Galero
Chefe de Divisão REDE de Saúde

Diego Garcia Diniz
Cirurgião-Dentista CRO/SP 88.616
Coordenador Técnico Saúde Bucal

Eline Araújo Vitor
Terapeuta Ocupacional CREFITO3 8071-TO
Coordenadora De Saúde Mental

Gabriel Rangel Gil Miguel
Advogado OAB/SP 315.899
Gestor Administrativo

Jéssica Daniela Pacheco Flumignan Diniz
Cirurgiã-Dentista CRO/SP 69.001
Coordenadora Técnica Saúde Bucal

Jéssica dos Santos Maciel
Enfermeira COREN-SP 190.202
Assessor de Planejamento SES – Gabinete

José Manoel Amadio Guerrero
Médico CRM/SP 69.929 RQE Clínica Médica 62.131
Núcleo de Políticas de Saúde

Karin Dos Santos Proença Jodar
Farmacêutica CRF-SP 51.120
Supervisora Núcleo de Políticas de Saúde

Lina Mari Tanaka
Enfermeira COREN-SP 89.289
Coordenadora de Planejamento Saúde Digital

Michelle Cristina Rodrigues Leonardo
Enfermeira COREN-SP 360.861
Supervisora da Atenção Primária

Sílvia Lays Stancker De Oliveira Vieira
Terapeuta Ocupacional CREFITO3 10167-TO
Terapeuta Ocupacional SINTEA

Tânia Mara da Cruz Tonet
Enfermeira COREN-SP 224.174
Chefe de Divisão SINTEA

Tatchia Puertas Garcia Poles
Médica CRM/SP 116.614 RQE Medicina de Família e
Comunidade 143.581
Coordenador Técnico CREDAC

Thassia Puertas Garcia
Médica CRM/SP 140.564 RQE Pediatria 48.448
Coordenador Técnico Atenção Primária

Vanderson Farley Brito Santos
Enfermeiro COREN-SP 141.348
Assessor de Planejamento SES – Atenção Primária

Vanessa Antunes Marciano
Enfermeira COREN-SP 93.110
Núcleo de Políticas de Saúde

Aprovação:

João Pedro Arruda Fraletti Miguel – **Secretário Municipal de Saúde**

Versão: 1.0-Março/2026

Previsão de revisão: Março/2027

Número do processo SEI: 3552205.404.00011992/2026-96

Ficha Catalográfica:

Sorocaba (Município). Secretaria da Saúde.
Protocolo Municipal de Atendimento à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)- Caderno da
Saúde / Secretaria da Saúde de Sorocaba. – Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2026.

78p. : il. ; 29 cm.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Protocolos clínicos. 2. Transtorno do Espectro Autista – atendimento multiprofissional. 3. Rede de
Atenção à Saúde. 4. Saúde Mental. 5. Sorocaba (SP).

I. Título. II. Secretaria da Saúde de Sorocaba.

CDD: 616.8982

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3. PÚBLICO-ALVO.....	12
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES.....	13
5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA.....	17
Legislação Federal.....	17
Legislação Estadual (SP).....	18
Legislação Municipal (Sorocaba).....	18
Referenciais Técnicos.....	18
Referenciais Jurisprudenciais.....	19
6. ABORDAGENS INCLUÍDAS.....	19
7. FLUXOGRAMAS.....	23
8. DIAGNÓSTICO.....	25
8.1 Critérios Diagnósticos – DSM-5-TR, CID-10, CID-11 e Diretrizes SBNI 2025.....	25
8.2 Processo Clínico de Avaliação.....	28
8.3 Instrumentos de Triagem e Avaliação.....	29
8.4 Diagnóstico Diferencial e Comorbidades Associadas.....	34
8.5 Critérios Municipais para Conclusão Diagnóstica.....	38
8.6 Diagnóstico Tardio.....	39
8.6.1 População Alvo.....	39
8.6.2 Instrumentos Recomendados na Atenção Primária.....	40
8.6.3 Parâmetros Clínicos e Diagnósticos.....	40
9. ESTRATIFICAÇÃO E NÍVEIS DE SUPORTE.....	41
10. DIRETRIZES TERAPÊUTICAS.....	43
10.1 Intervenções não farmacológicas (Primeira Escolha).....	43
10.2 Intervenções farmacológicas (Quando Indicadas).....	44
10.2.1 Critérios de Indicação.....	45
10.2.2 Critérios Gerais para Início de Medicação.....	45
10.2.3 Medicamentos Recomendados.....	45
A) AGRESSIVIDADE, IRRITABILIDADE OU AUTOMUTILAÇÃO.....	45
B) TRANSTORNOS DO SONO.....	46
C) HIPERATIVIDADE / TDAH ASSOCIADO AO TEA.....	46

D) ANSIEDADE, FOBIAS E DEPRESSÃO.....	47
E) SELETIVIDADE ALIMENTAR E DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS.....	47
F) AUTOAGRESSIVIDADE, CRISES DE AGITAÇÃO E RISCO IMEDIATO.....	48
10.2.4 Critérios de Acompanhamento e Segurança.....	48
10.2.5 Critérios de Suspensão ou Revisão do Tratamento.....	49
10.3 Diretrizes complementares.....	50
10.4 Saúde Bucal.....	50
10.5 Atenção à Crise e Serviço de Urgência.....	51
10.6 Adolescência e Vida Adulta.....	52
10.7 Continuidade do Cuidado.....	53
11. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS).....	54
11.1. Diretrizes e Princípios.....	54
11.2. Elementos Estruturantes do Documento de PTS.....	55
11.3. Etapas de Elaboração do PTS.....	56
11.4. Operacionalização.....	57
12. REFERÊNCIAS.....	58
13. ANEXOS.....	62
13.1 Anexo 1 – Instrumento de Triagem: M-CHAT-R.....	62
13.2 Anexo 2 – Instrumento de Seguimento: M-CHAT-R (M-CHAT-R/F) TM.....	64
13.3 Anexo 3 – Classificação Internacional de Doenças.....	66
13.4 Anexo 4 – Níveis de Suporte no TEA (DSM-5-TR).....	70
13.5 Anexo 5 – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	71
14. APÊNDICES.....	73
14.1 Apêndice 1: Modelo Guia de Encaminhamento.....	73
14.2 Apêndice 2: Checklist de Níveis de Suporte – TEA (DSM-5-TR).....	75
14.3 Apêndice 3: Modelo Guia de Encaminhamento Ambulatorial.....	76
15. VIGÊNCIA E REVISÃO.....	77

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Município de Sorocaba apresenta o Caderno da Saúde do Protocolo Municipal de Atendimento à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) – documento normativo construído de forma intersetorial e fundamentado nas diretrizes nacionais, estaduais e municipais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este caderno integra o Protocolo da Secretaria da Saúde e fará parte do Protocolo Municipal de Atendimento à Pessoa com TEA, um conjunto articulado de instrumentos e fluxos que envolvem diversas secretarias municipais, a saber: Secretaria de Inclusão e Transtorno do Espectro Autista (SINTEA), Secretaria da Cidadania (SECID), Secretaria da Educação (SEDU) e Secretaria de Governo (SEGOV). A atuação conjunta entre as áreas de saúde, educação, cidadania, inclusão e gestão é indispensável para a garantia de cuidado integral, inclusão social e efetivação dos direitos das pessoas com TEA e de suas famílias.

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por alterações persistentes na comunicação, na interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, com graus de suporte variados. A detecção precoce, o diagnóstico adequado e o acompanhamento contínuo são determinantes para a melhora do prognóstico, a redução de desigualdades em saúde e a promoção da qualidade de vida.

No âmbito municipal, diagnósticos situacionais realizados na rede de atenção básica apontaram desafios importantes no rastreamento precoce e na padronização dos fluxos de encaminhamento, reforçando a necessidade de protocolos claros e integrados para qualificar o cuidado e ampliar o acesso das pessoas com TEA aos serviços de saúde.

Este caderno foi elaborado a partir da revisão de documentos normativos nacionais, como a Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA no SUS

(MS, 2025) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no TEA (MS/CONITEC, 2022), bem como das Linhas de Cuidado Estaduais (São Paulo, 2022; Paraná, 2023).

Também foram incorporados os fluxos e instrumentos municipais já instituídos, garantindo aderência às práticas locais e compatibilidade com os serviços conveniados à Secretaria da Saúde.

Com a implementação deste Caderno da Saúde, o Município de Sorocaba reafirma seu compromisso com a organização e qualificação da linha de cuidado municipal à pessoa com TEA, com base em evidências científicas, observadas as competências do SUS municipal, a articulação intersetorial e as pactuações vigentes com os demais entes federativos, em conformidade com a Lei nº 12.764/2012 (Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA) e a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Trata-se de uma condição heterogênea, que se expressa em diferentes graus de intensidade e necessidade de suporte, podendo variar ao longo do ciclo de vida (APA, 2013; OMS, 2022).

Estudos epidemiológicos internacionais apontam prevalências crescentes nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que uma em cada 160 crianças no mundo esteja no espectro autista, enquanto dados mais recentes do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, EUA) indicam prevalência de uma em cada 31 crianças (CDC, 2023).

No Brasil, por muitos anos, não havia estatísticas oficiais sobre prevalência. Esse cenário começou a mudar com o Censo Demográfico 2022 do IBGE, que identificou aproximadamente 2,4 milhões de brasileiros com TEA, correspondendo a 1,2% da população com 2 anos ou mais. Na faixa etária de 5 a 9 anos, a prevalência foi ainda maior, chegando a 2,6%, equivalente a uma em cada 38 crianças (IBGE, 2022; Canal Autismo, 2023).

Estudos populacionais locais complementam esse panorama: em Coxilha (RS), uma pesquisa coordenada pela Universidade de Passo Fundo em 2024 encontrou prevalência de um caso a cada 30 crianças de 2,5 a 12 anos, índice próximo ao observado em países desenvolvidos (UPF, 2024; Veja Saúde, 2024). Já em Atibaia (SP), um levantamento pioneiro realizado em 2011 encontrou prevalência de um caso a cada 368 crianças, sendo o primeiro estudo epidemiológico do tipo na América Latina (Mercadante et al., 2011).

Esses dados reforçam a crescente demanda por serviços especializados, fluxos de diagnóstico, intervenção precoce e acompanhamento integral, sobretudo no nível municipal, onde a Atenção Básica representa a porta de entrada prioritária da rede de saúde.

A etiologia do TEA é multifatorial, envolvendo forte componente genético, com herdabilidade estimada entre 50% e 90%, associado a mutações de novo e

variantes genéticas raras. Fatores ambientais também podem exercer influência, como idade parental avançada, complicações obstétricas, exposição a poluentes e condições metabólicas maternas, embora nenhum fator isolado seja determinante. O entendimento atual é de que o TEA resulta da interação complexa entre predisposição genética e fatores ambientais (Modabbernia et al., 2017; Lai et al., 2020).

Do ponto de vista neurobiológico, sabe-se que durante o desenvolvimento cerebral ocorre um processo natural de poda sináptica, nos quais conexões neuronais pouco funcionais são eliminadas para otimizar a comunicação entre os neurônios. Esse processo é mais intenso na infância e na adolescência. No TEA, estudos sugerem que a poda sináptica é atípica ou incompleta, levando à persistência de um número excessivo de conexões em algumas regiões corticais. Essa alteração está associada a dificuldades de integração da informação, hiperconectividade local e prejuízo na comunicação entre diferentes áreas do cérebro, o que contribui para os sintomas característicos da condição (Tang et al., 2014; Zoghbi & Bear, 2012).

Os sinais de alerta para o TEA geralmente se manifestam precocemente, entre 18 e 24 meses, e incluem atraso ou ausência da fala funcional, pouca reciprocidade social (como não responder ao ser chamado pelo nome ou evitar contato visual), brincadeiras repetitivas ou pouco simbólicas, resistência a mudanças de rotina, presença de movimentos estereotipados e respostas sensoriais atípicas, como hipersensibilidade ou hiporresponsividade a sons, luzes e texturas. A detecção precoce desses sinais é fundamental para que a criança seja encaminhada para avaliação multiprofissional. Embora os critérios diagnósticos e os instrumentos de avaliação sejam detalhados em capítulos posteriores deste caderno, é importante ressaltar já nesta introdução que o reconhecimento precoce pela Atenção Básica é decisivo para reduzir atrasos diagnósticos e ampliar o potencial de intervenção.

No Brasil, a trajetória do cuidado à pessoa com TEA avançou a partir de marcos legais como a Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), e a Lei nº 13.438/2017, que determinou a adoção de protocolos de avaliação de risco psíquico na puericultura do

SUS. Mais recentemente, a Lei nº 14.626/2023 instituiu a CIPTEA (Carteira de Identificação da Pessoa com TEA), garantindo prioridade de atendimento nos serviços públicos e privados.

Do ponto de vista técnico, o Ministério da Saúde publicou, em 2025, a Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA no SUS, documento atualizado que consolida recomendações diagnósticas e terapêuticas em todos os níveis de atenção, fortalecendo a integração entre saúde, educação e assistência social. Em 2022, foi também aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para manejo do comportamento agressivo no TEA. Estados como São Paulo (2022) e Paraná (2023) elaboraram linhas de cuidado próprias, adaptadas às suas realidades regionais e pactuadas com as redes municipais.

Há que se considerar, ainda, que houve o julgamento da Ação Civil Pública nº. 0027139-65.2000.8.26.0053, que foi proposta pelo Ministério Público do Estado de São Paulo em face do Estado de São Paulo, visando delimitar as competências do ente federado em relação à execução das políticas públicas voltadas ao atendimento da pessoa com TEA.

A referida ação, proposta no ano de 2000, consolidou-se como um marco jurídico de extrema relevância ao garantir o acesso a direitos fundamentais de saúde, educação e assistência social para todas as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Estado de São Paulo. A importância do caso reside no estabelecimento de uma decisão estruturante que obriga o Estado a custear tratamentos especializados, em regime integral ou parcial, inclusive em entidades privadas conveniadas na ausência de unidades públicas adequadas, visando sempre a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. O mérito da ação foi confirmado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), ocorrendo o trânsito em julgado em 27 de janeiro de 2006. Mais recentemente, em 12 de dezembro de 2023, a 3ª Câmara de Direito Público do TJSP proferiu novo acórdão em recurso interposto pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, decidindo pelo prosseguimento do cumprimento de sentença e reafirmando que o título judicial permanece válido e necessário, mesmo diante de legislações posteriores, para evitar o retrocesso social e a necessidade de inúmeras demandas individuais.

Dessa forma, o presente Caderno levou em consideração os impactos e reflexos de referido julgado e o Município de Sorocaba, em observância às diretrizes fixadas no julgamento, reconhece sua corresponsabilidade solidária na implementação de políticas públicas voltadas ao TEA.

Embora a referida ação tenha condenado o ente estadual, a decisão judicial ressalta a existência de mecanismos legais para a divisão de responsabilidades entre os entes federativos, visando a garantia dos direitos fundamentais à saúde, educação e assistência social. Assim, o Município deve atuar de forma integrada para que o direito à vida e à dignidade da pessoa com autismo seja assegurado de maneira plena e eficaz

Para atingir tais objetivos, portanto, necessário se faz a delimitação das responsabilidades e a delimitação de capacidade técnica e orçamentária, que é exatamente o que se busca com a edição do presente Caderno e a adoção das demais providências que ficarão explicitadas adiante.

Em Sorocaba, o cuidado à pessoa com TEA tem avançado com a implantação de fluxos municipais de triagem e encaminhamento na Atenção Básica, a organização de polos de diagnóstico em Saúde Mental Infantil e a oferta de grupos terapêuticos multiprofissionais. Diagnósticos situacionais da rede identificaram a necessidade de padronizar instrumentos de triagem, ampliar a capacitação profissional e integrar os níveis de atenção, o que motivou a elaboração deste caderno.

O Caderno da Saúde do Protocolo Municipal de Atendimento à Pessoa com TEA tem, portanto, a finalidade de consolidar e normatizar os fluxos assistenciais no município, promovendo o reconhecimento precoce dos sinais de alerta, o diagnóstico oportuno, o acompanhamento longitudinal, a articulação intersetorial e a continuidade do cuidado, conforme a organização da rede municipal, a regulação assistencial e as pactuações vigentes

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes técnicas e operacionais para a organização da linha de cuidado municipal da pessoa com TEA, orientando o reconhecimento precoce, o diagnóstico, o acompanhamento multiprofissional e a articulação intersetorial, em conformidade com as normativas nacionais, estaduais e municipais, observadas as competências institucionais, a regulação assistencial e os fluxos pactuados entre saúde, educação e assistência social

2.2 Objetivos Específicos

- Padronizar a triagem e reconhecimento precoce dos sinais de alerta e diagnóstico de TEA na Atenção Básica, com utilização de instrumentos validados, como o M-CHAT-R/F e demais escalas complementares.
- Adoção de relatórios e laudos médicos padronizados, trazendo maior segurança de informação e base de dados necessária para a adoção das providências que se fazem necessárias.
- Organizar fluxos assistenciais claros e regulados, definindo os pontos de entrada, encaminhamento e acompanhamento dos usuários com TEA em toda a rede municipal, bem como traçar a delimitação de responsabilidade do ente Municipal e do ente Estadual
- Estratificar os níveis de suporte (1, 2 e 3), de acordo com os critérios clínicos do DSM-5-TR, orientando condutas e alocação de recursos terapêuticos.
- Implantar e fortalecer Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados multiprofissionalmente, assegurando continuidade do cuidado em todos os níveis da atenção.
- Integrar ações intersetoriais entre Saúde, Educação, Assistência Social, Inclusão/Secretaria do Autista e Governo, favorecendo a inclusão social e escolar das pessoas com TEA.
- Promover o acesso regulado e tecnicamente indicado a terapias baseadas em evidências científicas, no âmbito da rede municipal e em articulação com

a rede estadual, observados os protocolos clínicos, as diretrizes terapêuticas, a individualidade de cada paciente e a delimitação de competências entre os entes federativos.

- Oferecer suporte e orientação às famílias e cuidadores, fortalecendo a rede de apoio e prevenindo sobrecargas emocionais e sociais.
- Estabelecer critérios de alta, reavaliação e monitoramento clínico, assegurando qualidade, continuidade e eficiência do acompanhamento.
- Definir indicadores de implementação e avaliação que permitam o monitoramento do acesso, da resolutividade e da efetividade das ações propostas.

3. PÚBLICO-ALVO

O Protocolo Municipal de Atendimento à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) – Caderno Secretaria da Saúde é destinado aos profissionais da rede municipal de saúde, que atuam no acolhimento, triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com TEA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sorocaba.

São contemplados neste caderno

Atenção Básica: médicos pediatras, clínicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e equipes multiprofissionais (E-Multi) responsáveis pelo primeiro contato, rastreamento e acompanhamento longitudinal.

Saúde Mental: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e demais profissionais vinculados aos CAPSij II, CAPS III e Polos de Saúde Mental na Atenção Primária.

Atenção Especializada: fonoaudiólogos, neurologistas, fisioterapeutas, nutricionistas e outros especialistas envolvidos no diagnóstico e tratamento.

Rede de Urgência e Emergência: equipes das UPAs e hospitais da rede municipal, para manejo de situações agudas ou crises comportamentais relacionadas ao TEA.

Entidades e Serviços Conveniados à Secretaria da Saúde: instituições parceiras que executam atividades terapêuticas e diagnósticas especializadas, por

meio de convênios, termos de colaboração ou contratos administrativos, compondo os níveis II e III de suporte assistencial. Essas entidades seguem as diretrizes deste caderno, garantindo padronização técnica, integração em rede e contrarreferência ativa com a Atenção Básica e os serviços municipais.

Usuários contemplados pelo caderno da saúde

Embora o protocolo seja um instrumento técnico-operacional voltado aos profissionais, sua aplicação tem como público beneficiário direto as pessoas com suspeita ou diagnóstico de TEA em todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos) e suas famílias/cuidadores, que passam a contar com fluxos assistenciais mais claros, critérios técnicos padronizados, diretrizes para acompanhamento e articulação com as políticas setoriais e intersetoriais pertinentes

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

TEA – Transtorno do Espectro Autista

Condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na comunicação e na interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

SUS – Sistema Único de Saúde

Sistema público de saúde brasileiro, regulamentado pela Constituição Federal de 1988, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

UBS – Unidade Básica de Saúde

Porta de entrada preferencial do SUS, responsável pelo cuidado longitudinal, integral e multiprofissional das pessoas em seu território.

ESF – Estratégia Saúde da Família

Modelo prioritário de organização da Atenção Básica, baseado em equipes multiprofissionais adscritas a territórios definidos.

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Profissional que atua na interface entre a comunidade e os serviços de saúde, com papel essencial na identificação precoce de sinais de risco para TEA.

E-Multi – Equipes Multiprofissionais de Apoio

Equipes de apoio à Atenção Básica, compostas por profissionais de diferentes áreas (fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras).

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Serviço para oferta de Atenção Psicossocial, destinado à crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes. Também atenderá crianças com TEA que apresentem sofrimento psíquico intenso, bem como comorbidades psiquiátricas que levem a alterações comportamentais significativas e prejuízo funcional que demandem cuidado intensivo e interdisciplinar, prioritariamente através de intervenções coletivas.

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial (Adulto)

Serviço para oferta de Atenção Psicossocial a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. No contexto do TEA, o CAPS III pode ofertar cuidados a usuários que apresentem comorbidades psiquiátricas graves associadas, e/ou descompensação comportamental significativa, e prejuízo funcional, incluindo situação de crises.

CER – Centro Especializado em Reabilitação

Serviço especializado em atenção à saúde de pessoas com deficiência, podendo contemplar atendimentos a usuários com TEA e condições associadas.

CREDAC – Central de Regulação, Avaliação e Controle

Instância municipal responsável pela regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos especializados, incluindo a organização da fila de demanda para diagnóstico e acompanhamento do TEA.

PTS – Projeto Terapêutico Singular

Instrumento de planejamento e acompanhamento multiprofissional, elaborado de forma individualizada para cada paciente, visando integrar diferentes intervenções de saúde de acordo com suas necessidades.

M-CHAT-R/F – Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up Escala validada de triagem precoce para TEA, recomendada para aplicação em crianças de 16 a 30 meses. No Brasil, está incluída na Caderneta de Saúde da Criança.

CARS – Childhood Autism Rating Scale

Escala de avaliação clínica utilizada para identificar sinais de autismo e diferenciar níveis de gravidade.

ADOS-2 – Autism Diagnostic Observation Schedule (2ª edição)

Instrumento internacional considerado padrão-ouro para avaliação diagnóstica do TEA, baseado na observação direta do comportamento.

Vineland – Vineland Adaptive Behavior Scales

Escala de avaliação da funcionalidade e do comportamento adaptativo, utilizada como apoio diagnóstico no TEA.

CID-10 e CID-11 – Classificação Internacional de Doenças (10ª e 11ª Revisão)

Instrumentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificação e codificação das doenças e condições de saúde, que contemplam as definições diagnósticas do TEA.

DSM-5-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, texto revisado (American Psychiatric Association, 2022; atualizações 2023–2025). Publicação da American Psychiatric Association (APA) que estabelece critérios clínicos e níveis de suporte para o diagnóstico do TEA.

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

Documento oficial do Ministério da Saúde que define critérios diagnósticos, terapêuticos e de acompanhamento para condições específicas, incluindo o manejo do comportamento agressivo no TEA (2022).

SINTEA – Secretaria de Inclusão e Transtorno do Espectro Autista

Estrutura da Prefeitura de Sorocaba voltada ao desenvolvimento de políticas intersetoriais de inclusão e suporte às pessoas com TEA.

SECID – Secretaria da Cidadania

Responsável pelas políticas de assistência social e proteção de grupos vulneráveis, incluindo famílias e pessoas com deficiência.

SEDU – Secretaria da Educação

Responsável pela inclusão escolar das pessoas com TEA, elaboração de relatórios pedagógicos e articulação com a rede de saúde.

SEGOV – Secretaria de Governo

Instância de articulação, planejamento e monitoramento intersetorial da política municipal de TEA.

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

Unidade pública da política de assistência social voltada à proteção social básica.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Unidade pública que oferece atendimento especializado a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos.

CIPTEA – Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - Documento previsto pela Lei nº 14.626/2023, que assegura prioridade de acesso a serviços públicos e privados.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA

A organização da assistência à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Rede Municipal de Saúde de Sorocaba está fundamentada em dispositivos legais, diretrizes técnicas nacionais e estaduais, além de normativas municipais que orientam a estruturação dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse arcabouço normativo garante a proteção de direitos, define responsabilidades intersetoriais e estabelece parâmetros clínicos e operacionais para o cuidado integral. Ele contempla tanto legislação federal e estadual, quanto normas locais, além de protocolos clínicos e linhas de cuidado publicados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, conforme descrito a seguir:

Constituição Federal

- Constituição Federal de 1988 – arts. 6º, 196 a 200 (direito à saúde); art. 227 (prioridade à criança e ao adolescente).

Legislação Federal

- Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): assegura proteção integral e prioridade.
- Lei nº 8.742/1993 – LOAS: institui o BPC para pessoas com deficiência, aplicável ao TEA.
- Lei nº 9.394/1996 – LDB: garante educação inclusiva.
- Lei nº 12.764/2012 – Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA (Lei Berenice Piana): reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência e estrutura política específica.
- Decreto nº 8.368/2014: regulamenta a Lei nº 12.764/2012.
- Portaria nº 793/2012 – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS.
- Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão).
- Lei nº 13.438/2017: torna obrigatória a aplicação de protocolos de detecção precoce do desenvolvimento.

- Lei nº 14.254/2021: dispõe sobre acompanhamento para alunos com transtorno de aprendizagem.
- Lei nº 14.626/2023 – CIPTEA: institui a Carteira de Identificação da Pessoa com TEA.

Legislação Estadual (SP)

- Lei nº 17.158/2019 – Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA.

Legislação Municipal (Sorocaba)

- Lei nº 10.245/2012 – Política Municipal de Atendimento à Pessoa com TEA. Diretrizes gerais para atenção à pessoa com TEA no município.
- Lei nº 12.025/2019 – Altera a Lei nº 10.245/2012, incluindo atendimento terapêutico individualizado com uso de métodos estruturados, adaptação curricular e tecnologias assistivas.
- Lei nº 13.078/2024 – Acrescenta dispositivos à Lei nº 10.245, assegurando direito à saúde dos autistas no âmbito do SUS municipal
- Lei nº 13.161/2025 – Institui a Política Municipal de Diagnóstico Tardio de Autismo, com foco em adultos e idosos até então não diagnosticados.
- INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA SES/SINTEA nº 14 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2025.

Referenciais Técnicos

- Linha de Cuidado TEA no SUS (MS, 2015).
- Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA (MS, 2025).
- PCDT – Comportamento Agressivo no TEA (Portaria Conjunta nº 7/2022, MS/CONITEC).
- Linhas de Cuidado Estaduais (SP 2022; PR 2023).

Referenciais Jurisprudenciais

- Ação Civil Pública nº. 0027139-65.2000.8.26.0053 – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Acórdão nº. 2023.0001088226, julgado em 12 de dezembro de 2023.

6. ABORDAGENS INCLUÍDAS

O presente caderno da saúde contempla as seguintes dimensões da atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Sorocaba:

6.1 Promoção e Prevenção

- Fortalecer as consultas de puericultura como espaço de observação do desenvolvimento infantil, utilizando a Caderneta da Criança e o M-CHAT-R/F entre 16 e 30 meses.
- Promover ações de educação em saúde e campanhas comunitárias sobre sinais precoces de TEA e redução do estigma.
- Incentivar práticas de estimulação precoce no domicílio, orientação parental e acompanhamento longitudinal pela Atenção Primária e E-Multi e Polos de Saúde Mental.

6.2 Triagem e Diagnóstico

- Aplicar o M-CHAT-R/F nas consultas de puericultura.
- Estabelecer encaminhamento regulado via CREDAC aos polos municipais de diagnóstico multiprofissional
- Assegurar diagnóstico conforme DSM-5-TR, CID-11 e SBNI 2025, com avaliação conjunta médica (pediatra, neurologista ou psiquiatra) e das áreas de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.
- Considerar diagnósticos diferenciais e comorbidades clínicas, psiquiátricas ou sensoriais, conforme diretrizes do PCDT TEA 2025.

- Estabelecimento de laudo médico próprio e padronizado, a ser utilizado por todos os serviços em âmbito municipal.

6.3 Estratificação e Regulação

- Classificar o nível de suporte (1, 2 ou 3) conforme DSM-5-TR, utilizando os instrumentos padronizados constantes nos Apêndices.
- Utilizar a estratificação como critério regulatório para definir o ponto de cuidado.
- Assegurar registro obrigatório no PEC e atualização semestral ou quando houver mudança de quadro clínico.

6.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

- Elaborar PTS multiprofissional com metas terapêuticas mensuráveis, periodicidade de acompanhamento e plano de orientação familiar.
- Reavaliar a cada seis meses ou quando houver intercorrência relevante, mantendo o registro eletrônico no PEC.
- Garantir que o PTS seja instrumento norteador também para contrarreferência e continuidade do cuidado.

6.5 Atenção Terapêutica e Reabilitação

- Organizar e viabilizar, conforme necessidade clínica, disponibilidade regulada, capacidade instalada e pactuações vigentes, o acesso as terapias de fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição e psiquiatria.
- Priorizar abordagens baseadas em evidências científicas reconhecidas no SUS: ABA, Denver, TEACCH, Integração Sensorial e Comunicação Alternativa.
- Integrar as ações aos serviços municipais e conveniados, garantindo foco em autonomia e funcionalidade.
- Prever acompanhamento familiar contínuo, inclusive em grupos de familiares e suporte parental.

- Ofertar os cuidados observando a delimitação de competências em face do Governo do Estado de São Paulo.
- Orientar quanto ao oferecimento de serviços no âmbito municipal ou no âmbito estadual, prezando pelo devido encaminhamento.

6.6 Manejo de Situações Especiais

- Capacitar as equipes de Atenção Básica, CAPS e Urgência para o manejo seguro de crises comportamentais e agitação psicomotora.
- Aplicar estratégias de contenção ambiental e comunicação calmante, evitando práticas coercitivas.
- Adotar as condutas do PCDT Comportamento Agressivo no TEA (Portaria Conjunta nº 7/2022 – MS/CONITEC).
- Garantir registro do evento e atualização do plano de prevenção de crises no PTS.

6.7 Intersetorialidade e Apoio Familiar

- Fortalecer a integração entre Saúde, Educação, Cidadania, Inclusão e Governo (SEDU, SECID, SINTEA, SEGOV), mediante fluxos de comunicação institucionalizados.
- Promover grupos de apoio e psicoeducação para familiares e cuidadores, favorecendo o autocuidado e a corresponsabilidade terapêutica.
- Estimular a articulação com redes comunitárias e associações de apoio para inclusão social e autonomia.

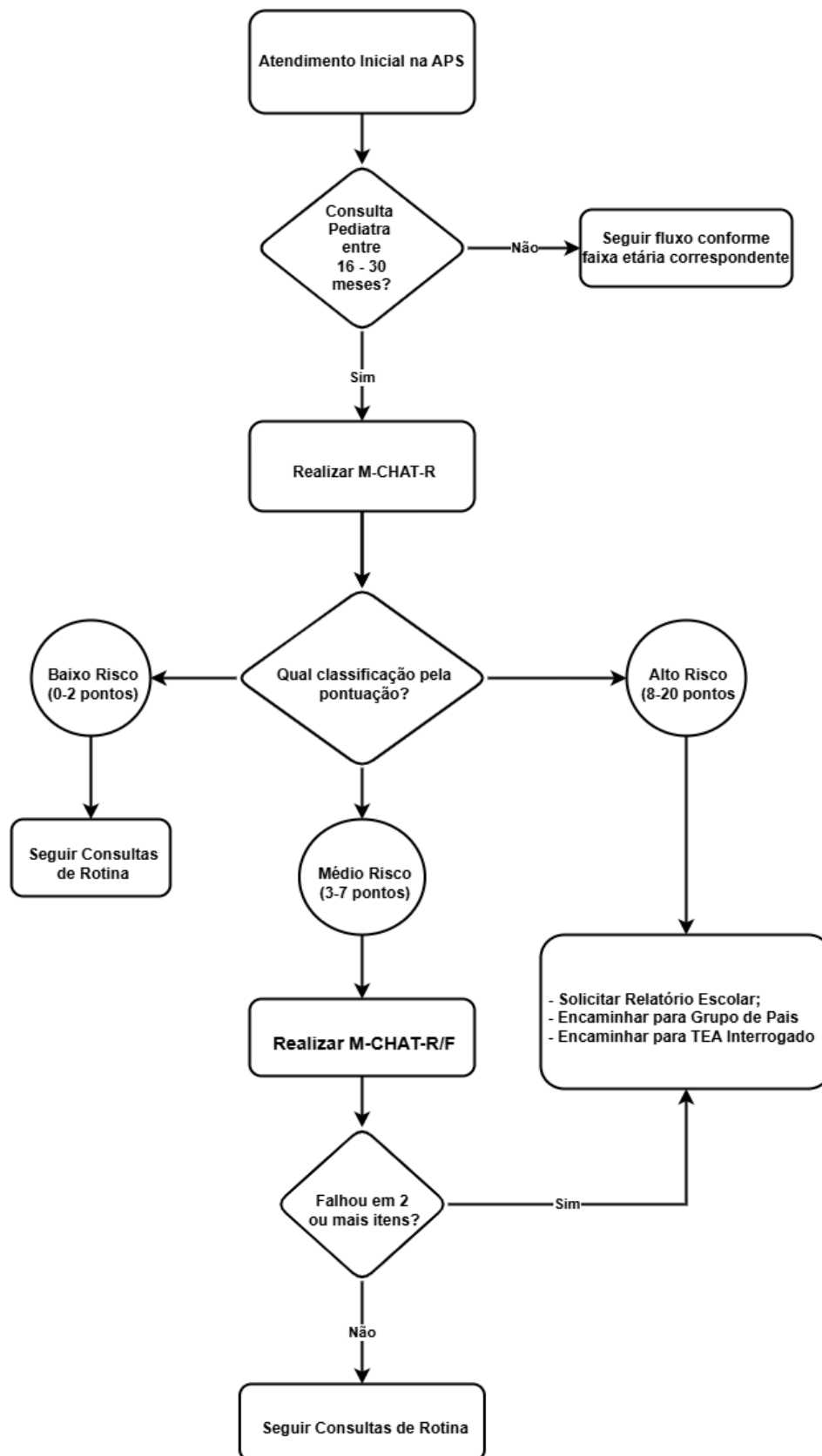
6.8 Escopo e Limites

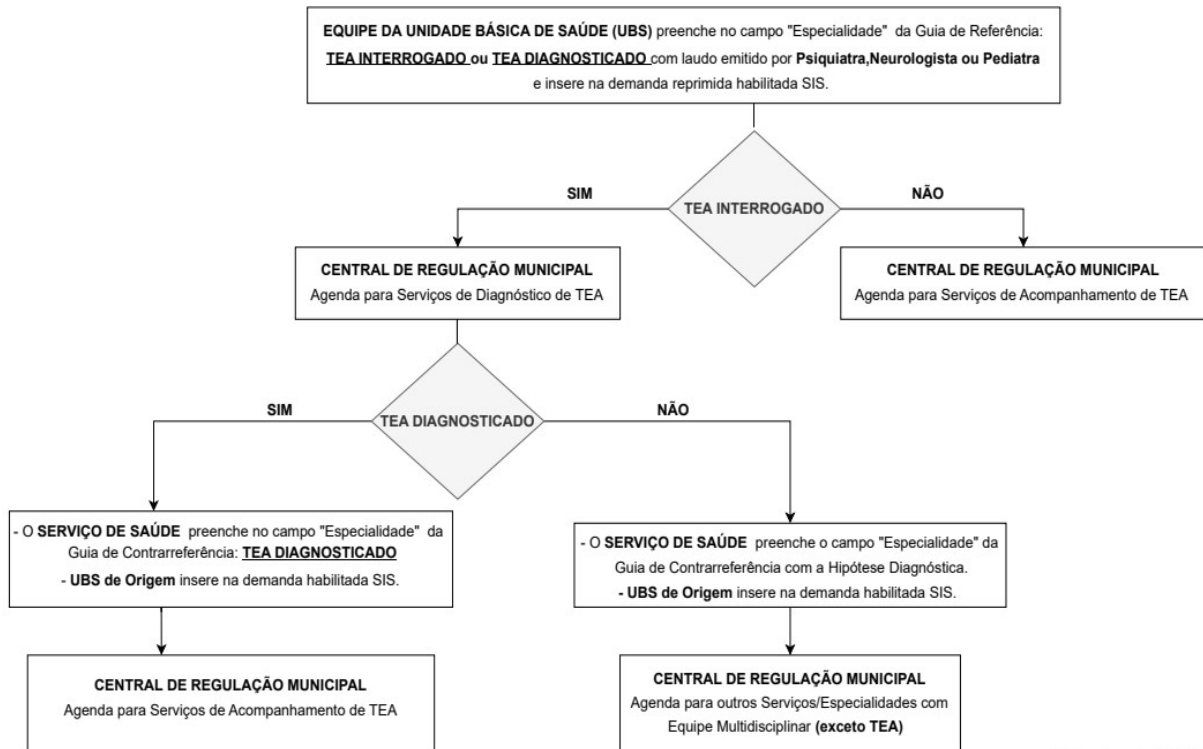
- Este caderno abrange exclusivamente a atenção em saúde no âmbito do SUS municipal.
- As políticas educacionais, socioassistenciais e de inclusão seguem regulamentações próprias, ainda que articuladas intersetorialmente.
- Práticas não reconhecidas pela CONITEC ou sem respaldo científico não integram este documento.

- Situações clínicas fora do escopo deste caderno deverão seguir as normas específicas de cada linha de cuidado municipal (Saúde Mental, Reabilitação, Odontologia, etc.).
- Este Caderno disciplina a atenção em saúde no âmbito do SUS municipal de Sorocaba e orienta os fluxos de articulação com os demais pontos de atenção e setores correlatos. Suas disposições não implicam assunção isolada, pelo Município, de todas as demandas assistenciais relacionadas ao TEA, devendo ser observadas a capacidade instalada, a regulação assistencial, as pactuações interfederativas e as responsabilidades legalmente atribuídas ao Estado e aos demais setores envolvidos



7. FLUXOGRAMAS





Elaborado em 15/03/2023

8. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é essencialmente clínico e funcional, devendo ser entendido como um processo dinâmico e integrado, que envolve a observação direta do comportamento, a anamnese minuciosa, o exame físico completo e a avaliação multiprofissional,

Deve ser realizado em conformidade com os critérios diagnósticos internacionais — DSM-5-TR (APA, 2022; atualizado em 2025) e CID-11 (OMS, 2022) — e com os parâmetros técnicos do Ministério da Saúde (PCDT/CONITEC, 2025) e da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025), assegurando padronização nacional das condutas e rastreabilidade clínica.

A identificação precoce, preferencialmente até os 36 meses de idade, é determinante para o prognóstico funcional e para o início oportuno das intervenções terapêuticas.

No Município de Sorocaba, a avaliação diagnóstica deve obrigatoriamente considerar:

- Os referenciais do DSM-5-TR e das classificações CID-10 e CID-11;
- A aplicação do M-CHAT-R/F nas consultas de puericultura pediátrica entre 16 e 30 meses, conforme a Lei nº 13.438/2017;
- A integração dos achados clínicos com instrumentos padronizados de triagem e escalas complementares (CARS, ADOS-2, Vineland, ABC, entre outros).

O processo diagnóstico deve ser conduzido de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo preferencialmente médico (pediatra, psiquiatra ou neurologista), psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, garantindo a análise conjunta das dimensões cognitivas, comunicativas, sensoriais e sociais do indivíduo.

8.1 Critérios Diagnósticos – DSM-5-TR, CID-10, CID-11 e Diretrizes SBNI 2025

A caracterização diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve seguir parâmetros reconhecidos internacionalmente. Embora o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022; com atualizações até 2025), a CID-10 e a CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 1993; 2022) utilizem terminologias distintas,

seus conceitos convergem em torno de um transtorno do neurodesenvolvimento com déficits na comunicação social e presença de comportamentos restritos e repetitivos.

A Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025) recomenda que, no Brasil, os profissionais da rede SUS utilizem o DSM-5-TR como referência clínica principal, complementado pelas classificações CID-10 e CID-11 para fins de registro e codificação, e incorporem abordagens funcionais que contemplem o nível de suporte, a avaliação adaptativa e o impacto sobre a autonomia.

a) DSM-5-TR – Transtorno do Espectro Autista (APA, 2022)

Critérios diagnósticos centrais:

A. Déficit persistentes na comunicação e interação social:

- Reciprocidade socioemocional prejudicada.
- Comportamentos comunicativos não verbais anormais.
- Dificuldade em desenvolver e manter relacionamentos apropriados.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (≥ 2 dos seguintes):

- Movimentos motores ou fala estereotipados.
- Insistência em rotinas ou resistência a mudanças.
- Interesses restritos e fixos.
- Hiper/hiporreatividade a estímulos sensoriais.

C. Sintomas presentes desde o período de desenvolvimento precoce.

D. Prejuízo clinicamente significativo no funcionamento global.

E. Não explicados por deficiência intelectual isolada.

Níveis de suporte (DSM-5-TR):

- Nível 1 – Necessita de suporte: prejuízos leves, independência parcial.
- Nível 2 – Suporte substancial: déficits marcantes de comunicação e flexibilidade.

- Nível 3 – Suporte muito substancial: dependência funcional e comunicação mínima.

b) CID-10 – F84: Transtornos Globais do Desenvolvimento (OMS, 1993)

A CID-10 utiliza terminologia anterior, com subdivisões:

- F84.0 – Autismo infantil
- F84.1 – Autismo atípico

Na CID-10, a ênfase está na tríade de comprometimentos (social, comunicação, comportamento).

c) CID-11 – 6A02: Transtorno do Espectro do Autismo (OMS, 2022)

A CID-11 unificou as categorias anteriores em um único espectro, compatível com o DSM-5-TR. Ela acrescenta uma estratificação funcional, permitindo especificar o diagnóstico com base em: Presença ou ausência de deficiência intelectual associada; Presença ou ausência de comprometimento funcional da linguagem.

- 6A02 Transtorno do espectro autista
- 6A02.0 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional
- 6A02.1 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional
- 6A02.2 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento da linguagem funcional
- 6A02.3 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e comprometimento da linguagem funcional
- 6A02.5 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e ausência de linguagem funcional
- 6A02.Y Outro transtorno do espectro autista especificado
- 6A02.Z Transtorno do espectro autista, não especificado

Essa codificação é a recomendada para uso em laudos e sistemas de informação em saúde (e-SUS, CREDAC, SIASUS).

d) Diretrizes da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025)

A SBNI 2025 consolida os critérios internacionais com foco em aplicabilidade clínica no SUS e define princípios complementares:

O TEA é um transtorno dimensional, variando em intensidade, não uma categoria fixa.

O diagnóstico deve integrar sintomas observáveis, funcionalidade adaptativa e impacto global.

Recomenda o uso conjunto de DSM-5-TR + CID-11 e instrumentos padronizados (M-CHAT-R/F, CARS-2, Vineland-3, ADOS-2).

Evita rótulos segregadores, substituindo “leve”, “moderado” e “grave” por “níveis de suporte necessários”.

Inclui a avaliação sistemática de comorbidades neurológicas e psiquiátricas (TDAH, epilepsia, ansiedade).

Reforça a importância de não se falar em diagnóstico precoce.

Em Sorocaba, o caderno da saúde municipal adota como referência primária o DSM-5-TR, utiliza a CID-11 para codificação oficial e aplica as recomendações da SBNI 2025 para avaliação funcional, estratificação do suporte e construção do Plano Terapêutico Singular (PTS).

8.2 Processo Clínico de Avaliação

A anamnese deve investigar história pré-natal, perinatal e pós-natal, antecedentes familiares, marcos do desenvolvimento motor e da linguagem, padrões de comunicação e interação social, tipos de brincadeira, presença de estereotípias, rigidez comportamental e reações sensoriais atípicas. O exame físico deve sempre ser realizado, incluindo antropometria, avaliação neurológica, inspeção clínica geral e investigação de sinais dismórficos ou estigmas cutâneos que indiquem síndromes genéticas ou condições associadas.

8.3 Instrumentos de Triagem e Avaliação

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser complementado, quando aplicável, por instrumentos padronizados de triagem e avaliação funcional, que auxiliam na mensuração da gravidade, perfil comportamental e autonomia adaptativa.

Esses instrumentos não substituem a avaliação clínica, mas a qualificam, assegurando uniformidade técnica entre os serviços da rede municipal.

O Município de Sorocaba adota oficialmente o M-CHAT-R/F como instrumento padrão de triagem precoce para risco de TEA, devendo sua aplicação ser realizada nas consultas de puericultura conforme legislação vigente.

O uso de outros instrumentos complementares de rastreamento, avaliação clínica, funcional ou comportamental poderá ser autorizado desde que:

- I. Sejam compatíveis com a faixa etária e o objetivo clínico;
- II. Haja capacitação documentada da equipe para sua aplicação;
- III. Estejam alinhados às diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025);
- IV. Sejam previamente analisados e validados pela Secretaria da Saúde de Sorocaba, por meio de parecer técnico do Núcleo de Políticas de Saúde e das áreas correlatas (Saúde Mental, Atenção Primária, Saúde da Criança), antes de sua adoção operacional na rede municipal.

Essa validação prévia garante padronização técnica, rastreabilidade, uniformidade dos registros no PEC e coerência entre todos os pontos da Rede SUS Municipal.

a) M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up)

Instrumento de rastreamento precoce obrigatório nas consultas pediátricas de puericultura entre 16 e 30 meses, conforme a Lei nº 13.438/2017. Deve ser aplicado por pediatras, com registro em prontuário eletrônico.

Interpretação dos escores:

0–2 pontos: baixo risco → acompanhamento de rotina em puericultura.

3–7 pontos: risco moderado → deverá ser reaplicado pelo pediatra com a versão M-CHAT-R/F na próxima consulta, em até 60 dias. Enquanto aguarda, a criança será encaminhada provisoriamente para os grupos de familiares parental “Cuidar & Estimular”, em fase de estruturação, que visam apoiar as famílias e oferecer estímulos precoces.

8–20 pontos: alto risco → encaminhamento imediato via CREDAC para polo de diagnóstico multiprofissional, com classificação de encaminhamento como TEA Interrogado. Também encaminhar provisoriamente para os grupos de familiares parental “Cuidar & Estimular”, em fase de estruturação, que visam apoiar as famílias e oferecer estímulos precoces.

O M-CHAT-R/F possui sensibilidade de 91–95% e especificidade de 80–85% para detecção de risco de TEA em populações gerais (Robins et al., 2014).

b) CARS-2 (Childhood Autism Rating Scale – 2ª Edição)

Escala de avaliação observacional desenvolvida para graduar a gravidade dos sintomas autísticos. Baseia-se na observação direta e entrevista com cuidadores, pontuando 15 domínios, como interação social, comunicação verbal/não verbal, resposta emocional, adaptação a mudanças, uso corporal e comportamento estereotipado.

Aplicação: por psicólogos, psiquiatras ou neurologistas com formação em neurodesenvolvimento.

Faixa etária: ≥ 2 anos.

Interpretação: < 30 pontos: dentro da normalidade;
30–36,5 pontos: autismo leve/moderado;
≥ 37 pontos: autismo severo.

A CARS-2 possui versões específicas para crianças verbais e não verbais (CARS-ST e CARS-HF), e foi validada para o português brasileiro (UFPR, 2022). É especialmente útil para estimativa de gravidade e monitoramento longitudinal.

c) ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule – 2ª Edição)

Considerada o padrão-ouro internacional na avaliação diagnóstica do TEA. Consiste em um protocolo semiestruturado de observação direta, com atividades que avaliam comunicação, interação social recíproca, brincadeira simbólica e comportamentos restritos e repetitivos. Composta por cinco módulos, selecionados conforme o nível de linguagem e idade do paciente.

Aplicação: exclusivamente por profissionais certificados (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais ou médicos com formação específica).

Faixa etária: a partir de 12 meses até a vida adulta.

Utilidade clínica:

- Diferencia TEA de outros transtornos do neurodesenvolvimento;
- Classifica o nível de gravidade do espectro;
- Serve como instrumento de confirmação diagnóstica padronizada.

O ADOS-2 é reconhecido pela CONITEC e pela SBNI 2025 como instrumento de referência para diagnóstico formal em serviços especializados de alta complexidade.

d) Vineland-3 (Vineland Adaptive Behavior Scales – 3ª Edição)

Escala de avaliação de comportamento adaptativo, aplicada via entrevista com pais ou cuidadores.

Avalia três domínios principais:

1. Comunicação: compreensão, expressão e uso funcional da linguagem;
2. Socialização: habilidades interpessoais, lazer, empatia;
3. Habilidades de vida diária: autocuidado, uso de recursos, independência.

Aplicação: psicólogos, terapeutas ocupacionais ou assistentes sociais treinados.

Idade: todas as faixas etárias (crianças, adolescentes e adultos).

Importância clínica: fornece um perfil funcional do indivíduo, complementando a análise de gravidade e direcionando metas do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

É a escala recomendada pela SBNI 2025 para avaliar “níveis de suporte necessários” e evolução terapêutica.

e) Bayley Scales of Infant Development (Bayley-III)

Instrumento de avaliação global do desenvolvimento infantil, abordando aspectos cognitivos, motores e linguísticos.

Aplicável em crianças de 1 a 42 meses, útil em casos de suspeita precoce de atraso global ou TEA em lactentes.

Domínios avaliados:

- Cognitivo
- Linguagem (receptiva e expressiva)
- Motricidade fina e ampla
- Socioemocional e comportamento adaptativo

Indicado para rastreamento complementar quando há dúvidas entre TEA, atraso global ou deficiência intelectual.

f) Denver II (Denver Developmental Screening Test II)

Instrumento de rastreamento de marcos do desenvolvimento, avalia 125 itens em quatro domínios:

- Pessoal-social
- Linguagem
- Motricidade fina-adaptativa
- Motricidade ampla

Faixa etária: 0 a 6 anos.

Aplicação: pediatras, enfermeiros ou terapeutas ocupacionais capacitados.

É particularmente útil no acompanhamento de crianças em risco ou em processo de investigação diagnóstica de TEA.

g) Sensory Profile (Perfil Sensorial)

Instrumento de avaliação padronizada das respostas sensoriais, mensurando hipersensibilidade, busca sensorial e modulação em diferentes modalidades (visual, auditiva, tátil, proprioceptiva).

Permite identificar alterações sensoriais que impactam comportamento e autorregulação, comuns em pessoas com TEA.

Aplicação: terapeutas ocupacionais especializados em integração sensorial.

Utilidade clínica:

- Direciona intervenções terapêuticas sensoriais individualizadas;
- Integra o PTS com estratégias domiciliares e escolares de manejo sensorial.

A seleção das escalas e instrumentos deve respeitar a disponibilidade do serviço, a capacitação da equipe e o objetivo clínico do caso. Nenhum instrumento isolado substitui o julgamento clínico multiprofissional.

8.4 Diagnóstico Diferencial e Comorbidades Associadas

O diagnóstico diferencial e o reconhecimento das comorbidades associadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) são etapas fundamentais para o manejo clínico integral. O TEA pode compartilhar sinais com diversas outras condições que também comprometem a comunicação, a socialização e o comportamento. A distinção criteriosa entre diagnósticos diferenciais e comorbidades evita superdiagnóstico, medicalização inadequada e lacunas terapêuticas, além de possibilitar o planejamento multiprofissional adequado no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

a) Diagnóstico Diferencial

Deve-se sempre considerar e afastar condições que possam cursar com atraso de linguagem, prejuízo social ou comportamentos repetitivos, mas que diferem do TEA por sua origem, evolução e padrão de interação social.

A diferenciação adequada deve observar os critérios do DSM-5-TR e as orientações do PCDT TEA (Ministério da Saúde, 2025) e da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025).

Tabela 1 – Principais Diagnósticos Diferenciais do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Condição	Características do TEA	Características do Diagnóstico Diferencial
Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (TDL)	Atraso de linguagem acompanhado de dificuldades qualitativas na comunicação social, pouco uso de gestos, ecolalia, dificuldade em iniciar ou manter trocas sociais.	Atraso de fala isolado, interesse social e comunicação não verbais preservadas. Não há comportamentos repetitivos nem estereotípias.
Apraxia de Fala na Infância (AFI)	Pode coexistir com TEA, mas no TEA há déficit de intenção comunicativa e reciprocidade social além da dificuldade motora.	Compreensão e intenção comunicativas normais, limitação apenas na planificação motora da fala (erro articulatório inconsistente).
Deficiência Intelectual (DI)	Atraso global do desenvolvimento com padrão qualitativamente anormal de interação e comunicação social, e comportamentos restritos.	Déficit cognitivo proporcional em todas as áreas, sociabilidade compatível com idade mental, ausência de estereotípias.
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	Pode coexistir com TEA; quando isolado, o TEA apresenta dificuldade em entender regras sociais, fixação de interesses e pouca reciprocidade emocional.	Atenção flutuante, impulsividade e desorganização, mas mantém reciprocidade social e empatia. Não há estereotípias.



Condição	Características do TEA	Características do Diagnóstico Diferencial
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	Comportamentos repetitivos autoestimulantes ou prazerosos, sem função de neutralizar ansiedade. Rigidez cognitiva desde a infância.	Compulsões motivadas por ansiedade ou medo, com alívio ao realizar o ritual; início mais tardio (infância média/adolescência).
Transtorno de Ansiedade / Fobia Social	Evitação social por falta de interesse recíproco e dificuldade de decodificar sinais sociais.	Evitação social motivada por medo de avaliação negativa; desejo de interação preservado.
Mutismo Seletivo	Dificuldade comunicativa generalizada, presente em todos os contextos; não há intenção comunicativa adequada.	A criança fala normalmente em ambientes familiares, mas não fala em contextos específicos por ansiedade.
Depressão Infantil / Transtornos do Humor	Retraimento social crônico e estrutural, presente desde o início do desenvolvimento.	Perda recente de interesse e anedonia; histórico prévio de sociabilidade normal.
Esquizofrenia / Transtorno Esquizoide da Personalidade	Início precoce (antes dos 3 anos); padrões restritos e déficit de reciprocidade social desde a primeira infância.	Início mais tardio (após 10–12 anos); delírios, alucinações ou pensamento desorganizado; perda de contato com a realidade.
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	Comportamentos repetitivos sem relação com trauma; retraimento global desde a infância.	Evitação e hipervigilância diretamente relacionadas a evento traumático; início abrupto após o trauma.
Deficiência Auditiva / Visual	Atraso de linguagem associado a déficits qualitativos de interação e brincadeira simbólica.	Déficit de linguagem e atenção proporcionais à perda sensorial; melhora com correção ou adaptação auditiva/visual.
Privação Psicossocial Grave	Pouca interação social, rigidez e atraso de linguagem persistentes mesmo após melhora ambiental.	Déficits de linguagem e socialização reversíveis após melhora das condições de cuidado e estimulação.
Síndrome de Rett (feminino)	Período inicial de desenvolvimento normal seguido de regressão global e movimentos estereotipados das mãos.	Diagnóstico genético definido (MECP2+); comprometimento motor progressivo e epilepsia.
Síndrome de Landau-Kleffner	Regressão de linguagem e comportamento, mas com epilepsia ativa e alterações EEG específicas.	Perda de linguagem secundária à epilepsia, sem prejuízo de reciprocidade social.
Transtornos Específicos de Aprendizagem	Dificuldade de leitura, escrita ou cálculo, mas reciprocidade social e linguagem pragmáticas preservadas.	Déficit acadêmico isolado, sem impacto em comunicação social.

Fonte: Secretaria da Saúde de Sorocaba (2025), adaptado de Ministério da Saúde (Linha de Cuidado TEA, 2025); Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (2025); APA (DSM-5-TR, 2022); NICE (NG128, 2022); AAP (Pediatrics, 2020); Lord et al. (Nat Rev Dis Primers, 2020); Lai et al. (Lancet, 2014).

b) Comorbidades Associadas

De acordo com o PCDT TEA (MS, 2025) e a Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025), a presença de comorbidades é regra e não exceção, podendo ocorrer em 60% a 80% dos casos. O reconhecimento precoce dessas condições é fundamental para o manejo adequado e o direcionamento terapêutico no Plano Terapêutico Singular (PTS).

Tabela 2 – Comorbidades Associadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Comorbidade Associada	Características que a diferenciam do TEA	Prevalência estimada entre indivíduos com TEA
Epilepsia	Crises convulsivas (focais, ausências, tônico-clônicas); anormalidades EEG; não explica o prejuízo social.	20–30 % (maior nos níveis 2 e 3 e em TEA com DI)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	Déficits de atenção e impulsividade; hiperatividade motora; reciprocidade social geralmente preservada; pode agravar desatenção e irritabilidade no TEA.	30–50 %
Transtornos de Ansiedade (fobia social, TAG, TOC-espectro)	Ansiedade antecipatória, evitação social por medo e não por dificuldade de leitura social; sintomas flutuantes conforme contexto.	30–40 %
Depressão / Transtornos do Humor	Humor deprimido, anedonia e retraimento progressivo em indivíduos previamente sociáveis; início tardio.	10–20 % (↑ em adolescentes/adultos)
Distúrbios do Sono (insônia, distúrbio circadiano)	Dificuldade para iniciar e manter o sono; despertares frequentes; repercussão diurna.	40–50 %
Distúrbios de Integração Sensorial	Hipo/hiperreatividade a sons, luzes, texturas, cheiros; comportamentos de busca ou evitação sensorial.	60–70 %
Distúrbios Gastrointestinais (constipação, refluxo, dor abdominal)	Desconforto abdominal, seletividade alimentar extrema, irritabilidade relacionada ao trato GI.	30–40 %
Distúrbios Endócrino-Metabólicos (obesidade, resistência à insulina, dislipidemia)	Alterações metabólicas secundárias ao uso de antipsicóticos ou hábitos alimentares restritos.	15–25 %
Deficiência Intelectual (DI)	Déficit cognitivo global (QI < 70) concomitante; afeto social qualitativamente alterado (critério A e B do TEA).	30–40 % (varia conforme critério diagnóstico)
Transtornos Específicos da Aprendizagem	Dificuldade em leitura, escrita ou cálculo; linguagem pragmática comprometida pelo TEA, mas déficit acadêmico desproporcional.	20–40 %



Comorbidade Associada	Características que a diferenciam do TEA	Prevalência estimada entre indivíduos com TEA
Síndrome do X Frágil	Fenótipo físico e atraso global; alteração genética confirmada; TEA em parte dos portadores.	2–6 % dos TEA / 25 % dos homens com X Frágil têm TEA
Síndrome de Rett (feminino)	Regressão do desenvolvimento, movimentos estereotipados das mãos, mutação MECP2 positiva.	≈ 1 % dos TEA femininos
Síndrome de Down com TEA	Atraso global homogêneo; afeto social mais preservado; pode coexistir com TEA em parte dos casos.	≈ 16 %
Síndrome de Angelman / Prader-Willi / Esclerose Tuberosa / NF1	Fenótipos genéticos distintos; regressão do desenvolvimento e crises epiléticas frequentes.	20–50 % conforme síndrome
Distúrbios Alimentares (hiperfagia, seletividade, ARFID)	Restrição alimentar não motivada por imagem corporal, mas por sensibilidade sensorial.	20–25 %
Distúrbios do Controle de Impulsos / Agressividade	Explosões comportamentais desproporcionais, auto/heteroagressão; resposta ao estresse sensorial.	30–40 %
Transtornos Motores (tiques, dispraxias)	Movimentos estereotipados rítmicos; diferem dos tiques por ausência de impulso premonitório.	10–20 %
Problemas de saúde mental na vida adulta (ansiedade social, depressão, abuso de substâncias)	Aparecem tardiamente como resposta ao estresse crônico e exclusão social.	30–50 % em adultos TEA

Fonte: Elaborado pela Secretaria da Saúde de Sorocaba (2025), com base em: Ministério da Saúde (Linha de Cuidado TEA, 2025); SBNI (Recomendações Nacionais, 2025); NICE (NG128, 2022); American Academy of Pediatrics (Pediatrics, 2020); Lord et al., Nat Rev Dis Primers, 2020; Lai et al., Lancet Psychiatry, 2019; Moss et al., J Autism Dev Disord, 2017; Curatolo et al., Front Neurol, 2020; Hagerman et al., J Child Neurol, 2017; Schaaf et al., Am J Occup Ther, 2018.

*As prevalências apresentadas baseiam-se em dados médios de estudos populacionais e revisões sistemáticas (MS 2025, SBNI 2025, NICE 2022, AAP 2020). As faixas representam estimativas epidemiológicas e não critérios diagnósticos absolutos.

8.5 Critérios Municipais para Conclusão Diagnóstica

No âmbito da Rede Municipal de Saúde de Sorocaba, o diagnóstico do TEA será considerado confirmado quando atendidos os seguintes critérios técnicos:

a) Avaliação clínica realizada por médico (pediatra, neurologista ou psiquiatra) devidamente habilitado para conduzir diagnóstico clínico-comportamental do neurodesenvolvimento.

A avaliação poderá ser complementada por pareceres de profissionais da equipe multiprofissional — psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social, enfermagem, entre outros — cujas contribuições qualificam a análise funcional e ampliam a precisão diagnóstica, embora não constituam requisito obrigatório para a formalização do diagnóstico.

b) Preenchimento integral do Relatório Médico Municipal TEA, contendo:

- Descrição dos critérios clínicos observados (conforme DSM-5-TR/CID-11);
- Escalas e instrumentos aplicados (M-CHAT-R/F, CARS-2, ADOS-2, Vineland-3, entre outros), quando disponíveis;
- Classificação do nível de suporte (1, 2 ou 3), conforme DSM-5-TR;
- Condutas, plano terapêutico e encaminhamentos estabelecidos no PTS.

c) Registro do caso no sistema CREDAC, assegurando rastreabilidade, regulação e contrarreferência no âmbito da Rede Municipal de Saúde.

d) Revisão diagnóstica periódica, especialmente em crianças menores de 3 anos, conforme recomendação da SBNI 2025 e do PCDT TEA 2025, para confirmar estabilidade clínica e excluir outras condições do neurodesenvolvimento.

Critérios adicionais, composições mínimas de equipe ou requisitos específicos poderão ser definidos nos Planos de Trabalho e demais instrumentos pactuados com as entidades contratualizadas, considerando diretrizes municipais, capacidade instalada e necessidades assistenciais.

8.6 Diagnóstico Tardio

O diagnóstico tardio do Transtorno do Espectro Autista (TEA) compreende a identificação da condição em indivíduos acima de 30 meses de idade, incluindo a infância tardia, adolescência e vida adulta. Embora o rastreamento precoce seja prioritário na linha de cuidado, reconhece-se que manifestações atípicas ou compensadas podem se tornar evidentes apenas em fases posteriores do desenvolvimento, exigindo abordagem clínica diferenciada e qualificação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o reconhecimento desses casos.

8.6.1 População Alvo

O diagnóstico tardio aplica-se a:

- Crianças com idade superior a 30 meses que não foram rastreadas na puericultura ou não apresentavam sinais precoces evidentes;
- Adolescentes com histórico de dificuldades persistentes de socialização, comunicação e comportamento adaptativo;
- Adultos com trajetória funcional aparentemente preservada, mas que apresentem sofrimento psíquico, isolamento social ou falhas adaptativas compatíveis com o espectro autista.

A avaliação deve considerar o histórico evolutivo global, o contexto familiar, o desempenho escolar e ocupacional, as relações interpessoais e as habilidades adaptativas.

8.6.2 Instrumentos Recomendados na Atenção Primária

Em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde (Linha de Cuidado TEA, 2025), recomenda-se a aplicação de instrumentos validados conforme a faixa etária e o nível de atenção:

Faixa etária	Instrumentos recomendados	Nível de aplicação
30 meses a 6 anos	M-CHAT-R/F (com seguimento estendido) e CSBS DP Infant-Toddler Checklist	APS / eMulti
6 a 12 anos	ASSQ – Autism Spectrum Screening Questionnaire; SCQ – Social Communication Questionnaire	APS e Atenção Especializada
12 anos ou mais	AQ-10 ou AQ-50 – Autism Spectrum Quotient; RAADS-14; ADOS-2 (módulo 3 ou 4, quando disponível)	Serviços Especializados (CAPSij, CAPS III, CER, Policlínicas)

A utilização de instrumentos deve ser acompanhada de registro padronizado no PEC, assegurando rastreabilidade e continuidade do cuidado. Recomenda-se também a aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para análise do desempenho funcional e fatores contextuais.

8.6.3 Parâmetros Clínicos e Diagnósticos

A avaliação deve seguir os critérios do DSM-5-TR e da CID-11, com foco em:

- Déficits persistentes na comunicação e interação social;
- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades;
- Comprometimento funcional clinicamente significativo em contextos sociais, escolares ou ocupacionais.

A investigação diagnóstica inclui:

- Histórico evolutivo e entrevista detalhada com familiares e cuidadores;
- Observação direta do comportamento e análise da comunicação não verbal;
- Avaliação cognitiva, de linguagem e de funcionamento adaptativo;
- Triagem de comorbidades psiquiátricas, neurológicas e sensoriais.

Observações Técnicas: Casos de diagnóstico tardio com dupla trajetória (ex.: TEA + TDAH ou TEA + transtorno de aprendizagem) devem ser manejados de forma integrada entre as redes de Saúde Mental e Educação;

O diagnóstico tardio não restringe o direito à reabilitação e ao acompanhamento pelo SUS.

9. ESTRATIFICAÇÃO E NÍVEIS DE SUPORTE

Após a confirmação diagnóstica, é fundamental estratificar a pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de acordo com a necessidade de suporte, conforme os critérios estabelecidos no DSM-5-TR. Essa estratificação orienta a intensidade do acompanhamento, o tipo de serviço de referência e a alocação de recursos terapêuticos no município, devendo ser registrada obrigatoriamente no Relatório Médico Municipal TEA e utilizada como critério regulatório.

A estratificação deve considerar ainda idade e fase do desenvolvimento, comorbidades clínicas e psiquiátricas, contexto sociofamiliar, escolarização e habilidades adaptativas, assegurando uma análise integral e personalizada de cada caso.

Para padronizar essa avaliação, o Anexo III e o Relatório Médico Municipal TEA incluem um checklist específico que norteia a classificação do nível de suporte, garantindo uniformidade técnica, rastreabilidade dos critérios clínicos e maior precisão na definição do plano terapêutico individualizado.

Nível 1 – Necessita de suporte

Déficits perceptíveis, mas com manutenção de interações sociais mediante apoio; comportamentos rígidos que causam impacto moderado.

No município: acompanhamento prioritário na Unidade Básica de Saúde (UBS), com apoio multiprofissional ambulatorial e matriciamento técnico dos CAPS, com oferta de cuidado longitudinal, orientação familiar e vigilância do desenvolvimento.

Nível 2 – Necessita de suporte substancial

Déficits marcantes de comunicação verbal e não verbal, interações sociais limitadas e comportamentos repetitivos frequentes com impacto significativo. No município: acompanhamento multiprofissional regulado pela Secretaria da Saúde por meio entidades conveniadas que prestam assistência terapêutica especializada, conforme disponibilidade e critérios técnicos da Central Municipal de Regulação.

com contrarreferência ativa à UBS e CAPS e eventual tratamento farmacológico sob supervisão médica.

Nível 3 – Necessita de suporte muito substancial

Prejuízos graves na comunicação e interação, linguagem mínima ou ausente, comportamentos repetitivos intensos e resistência extrema a mudanças. No município: acompanhamento intensivo e regulado em serviços conveniados de maior complexidade, com o apoio, quando necessário, dos CAPSij e CAPS III (quando com comorbidades caracterizadas como Transtornos Mentais Severos e Persistentes), com suporte às famílias, manejo terapêutico e comportamental especializado e eventual tratamento farmacológico sob supervisão médica.

10. DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

O tratamento da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser individualizado, centrado no usuário e fundamentado em evidências científicas, garantindo a integralidade do cuidado e a articulação entre intervenções não farmacológicas e farmacológicas, conforme necessidade clínica.

As diretrizes aqui descritas seguem as recomendações da Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA no SUS (MS, 2025) e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo do Comportamento Agressivo no TEA (MS/CONITEC, Portaria Conjunta nº 7/2022), e devem ser observadas por todas as equipes da Rede Municipal de Saúde de Sorocaba.

10.1 Intervenções não farmacológicas (Primeira Escolha)

As intervenções não farmacológicas constituem a base do tratamento do TEA e devem ser priorizadas em todos os níveis de suporte, podendo ser iniciadas precocemente, inclusive antes da confirmação diagnóstica, desde que haja risco identificado.

Abordagens com evidência científica e recomendadas no SUS:

Análise do Comportamento Aplicada (ABA): metodologia estruturada e intensiva, voltada ao desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e de autocuidado. Considerada intervenção de referência internacional para crianças pequenas com TEA.

Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM): abordagem baseada em ABA, aplicada em contextos naturais de brincadeira e interação social, indicada para crianças de 1 a 5 anos.

Programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children): estruturação de ambiente e rotinas, com ênfase na previsibilidade e autonomia.

Integração Sensorial: técnica aplicada por terapeutas ocupacionais para modulação de respostas sensoriais (hipersensibilidade ou hiporresponsividade a estímulos).

Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA): uso de recursos visuais, pictogramas (PECS) ou dispositivos eletrônicos para promover a comunicação funcional.

Intervenções Fonoaudiológicas: estímulo da linguagem oral e não oral, desenvolvimento da comunicação funcional e compreensão de comandos simples.

Intervenções Psicológicas: psicoterapia cognitivo-comportamental para manejo de ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais, especialmente em adolescentes e adultos.

Grupos Terapêuticos: grupos de habilidades sociais e de psicoeducação, direcionados tanto aos usuários quanto às famílias e cuidadores.

Todas as intervenções devem ser definidas no Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado pela equipe multiprofissional e revisado periodicamente conforme evolução clínica e funcional.

10.2 Intervenções farmacológicas (Quando Indicadas)

O tratamento medicamentoso no TEA não tem como objetivo o “núcleo” do transtorno, mas sim o manejo de sintomas associados (agressividade, irritabilidade, automutilação, distúrbios do sono, desatenção, falta de foco, hiperatividade, ansiedade, depressão) e de comorbidades clínicas que impactam o funcionamento e a qualidade de vida.

A prescrição de medicamentos deve seguir critérios técnicos rigorosos, conforme diretrizes nacionais e avaliação individualizada, sempre em articulação com o plano terapêutico não farmacológico.

10.2.1 Critérios de Indicação

A indicação farmacológica deve ser considerada apenas quando os sintomas associados:

- Comprometem de forma grave o funcionamento social, familiar ou escolar;
- Colocam em risco a integridade física do usuário ou de terceiros;
- São refratários às intervenções comportamentais adequadas;
- Estão associados a comorbidades psiquiátricas diagnosticadas (ex.: TDAH, depressão, ansiedade);
- Interferem significativamente no sono, na alimentação ou na adesão às terapias.

10.2.2 Critérios Gerais para Início de Medicação

- Diagnóstico confirmado de TEA com sintomas comportamentais moderados ou graves, refratários a manejo comportamental adequado por, no mínimo, 8 semanas;
 - Prescrição restrita a médico psiquiatra infantil, neurologista ou pediatra capacitado, com registro em prontuário;
 - Elaboração ou revisão do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
 - Consentimento informado da família/responsável;
 - Avaliação clínica e laboratorial prévia (peso, IMC, glicemia, perfil lipídico, função hepática e renal, pressão arterial e eletrocardiograma sempre que possível).

10.2.3 Medicamentos Recomendados

A) AGRESSIVIDADE, IRRITABILIDADE OU AUTOMUTILAÇÃO

Critérios de inclusão:

Irritabilidade e/ou comportamento agressivo que causam prejuízo significativo à socialização, rotina familiar ou escolar; Sintomas persistentes após 8–12 semanas de intervenção comportamental estruturada (ABA, TEACCH, Denver); Risco de auto ou heteroagressão.



Fármaco	Faixa etária	Dose inicial	Dose máxima usual	Observações
Risperidona	≥5 anos	0,25–0,5 mg/dia (1x)	até 2 mg/dia (crianças) ou 4 mg/dia (adolescentes/adultos)	Monitorar peso, glicemia, lipídios e sintomas extrapiramidais; revisar a cada 3–6 meses

Avaliação de resposta: 6–8 semanas. Se não houver melhora $\geq 25\%$ no escore clínico (ex. irritabilidade, comportamento agressivo), reavaliar diagnóstico, adesão e possibilidade de retirada gradual.

Duração máxima recomendada: 6 a 12 meses, com tentativa de desmame se estabilidade ≥ 3 meses.

B) TRANSTORNOS DO SONO

Critérios de inclusão:

Insônia de início ou manutenção persistente (>4 semanas), que interfere no funcionamento diurno ou adesão terapêutica;

Recomendação terapêutica:

- Intervenções comportamentais estruturadas;
- Organização ambiental e rotinas previsíveis;
- Estratégias de regulação sensorial conforme PTS;
- Orientação parental sistematizada.

C) HIPERATIVIDADE / TDAH ASSOCIADO AO TEA

Critérios de inclusão:

Diagnóstico formal de TDAH associado ao TEA; Sintomas que comprometem a funcionalidade e segurança; Ausência de contraindicações cardiovasculares.

Recomendação terapêutica:

- Intervenções comportamentais;

- Estratégias de modulação sensorial;
- Ajustes pedagógicos;
- Treino de habilidades socioadaptativas;
- Psicoeducação familiar e escolar.

D) ANSIEDADE, FOBIAS E DEPRESSÃO

Critérios de inclusão:

Diagnóstico confirmado de transtorno de ansiedade, TOC ou episódio depressivo (leve a moderado); Falha de psicoterapia cognitivo-comportamental estruturada por ≥ 3 meses.

Fármaco	Faixa etária	Dose inicial	Dose máxima usual	Observações
Fluoxetina	≥ 8 anos	5–10 mg/dia	até 40 mg/dia	Primeira escolha (ISRS com maior evidência em TEA); monitorar apetite e sono
Sertralina	≥ 6 anos	12,5–25 mg/dia	até 100 mg/dia	Boa tolerabilidade; preferida em ansiedade generalizada

Indicado em adolescentes e adultos com sintomas persistentes após psicoterapia. Não são recomendados: haloperidol, benzodiazepínicos de uso prolongado, canabinoides, suplementos e terapias alternativas sem comprovação científica.

Iniciar com dose mínima, titular lentamente e manter acompanhamento psicológico. Evitar polifarmácia e interrupção abrupta.

E) SELETIVIDADE ALIMENTAR E DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS

Critérios de inclusão:

Restrição alimentar grave com perda ponderal ou deficiência nutricional; Falha de intervenção nutricional e fonoaudiológica.

Fármaco	Faixa etária	Dose inicial	Dose máxima usual	Observações
Risperidona	conforme acima	conforme acima	conforme acima	Pode ser útil em recusa alimentar por rigidez comportamental

O uso deve ser temporário e associado a terapia nutricional supervisionada.

F) AUTOAGRESSIVIDADE, CRISES DE AGITAÇÃO E RISCO IMEDIATO

Critérios de inclusão:

Crises agudas com risco à integridade física do paciente ou terceiros;
Situação emergencial enquanto se ajusta o tratamento de base.

Conduta farmacológica emergencial:

Fármaco	Via	Dose inicial	Observações
Risperidona oral rápida	VO	0,25–0,5 mg	Primeira opção em ambiente ambulatorial
Haloperidol IM	IM	0,05 mg/kg	Uso emergencial hospitalar; nunca manutenção

Após estabilização, deve-se revisar o PTS e eliminar o uso contínuo de benzodiazepínicos.

10.2.4 Critérios de Acompanhamento e Segurança

O uso de psicofármacos em pessoas com Transtorno do Espectro Autista requer acompanhamento clínico rigoroso e multiprofissional, de forma a garantir a efetividade terapêutica e minimizar riscos.

A avaliação inicial deve ser realizada, obrigatoriamente, por médico psiquiatra ou neurologista, com parecer técnico registrado no Projeto Terapêutico Singular (PTS). O acompanhamento clínico deverá incluir reavaliações trimestrais nos primeiros seis meses de tratamento e, após estabilização do quadro, avaliações semestrais.

Durante todo o período de uso medicamentoso, é indispensável o monitoramento sistemático de parâmetros clínicos e laboratoriais, incluindo: peso

corporal, índice de massa corporal (IMC), glicemia, perfil lipídico, prolactina, função hepática e renal, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas vigentes.

As reuniões multiprofissionais deverão ocorrer periodicamente, com o objetivo de reavaliar metas terapêuticas, ajustar condutas e registrar todas as decisões no sistema eletrônico PEC, garantindo a rastreabilidade das informações.

Todo tratamento farmacológico deve estar associado a intervenções não farmacológicas — terapias comportamentais, ocupacionais, fonoaudiológicas e suporte psicossocial — e ao acompanhamento familiar contínuo, assegurando o caráter integrado e biopsicossocial do cuidado.

10.2.5 Critérios de Suspensão ou Revisão do Tratamento

A manutenção do tratamento psicofarmacológico deve ser periodicamente reavaliada, considerando-se a evolução clínica e funcional do usuário. Sempre que houver estabilidade clínica e funcional por período igual ou superior a três meses, recomenda-se o planejamento de descontinuação gradual (desmame), conforme decisão conjunta da equipe técnica e da família, devidamente registrada em prontuário. A revisão ou suspensão do tratamento deverá ser considerada nas seguintes situações:

- Ocorrência de efeitos adversos metabólicos significativos ou risco iatrogênico relevante;
- Ausência de resposta terapêutica adequada após 8 a 12 semanas de uso, mesmo com adesão comprovada;
- Evolução funcional positiva, com melhora clínica e inclusão em programa intensivo de reabilitação;
- Solicitação fundamentada da família e da equipe multiprofissional, após discussão de risco-benefício.

Em todas as situações, a decisão deve ser pautada em evidências clínicas, consenso multiprofissional e documentação formal no PTS, preservando a segurança do usuário e a continuidade do cuidado.

10.3 Diretrizes complementares

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o documento norteador de todas as condutas clínicas e terapêuticas.

A reavaliação multiprofissional deve ocorrer em intervalo máximo de seis meses ou antes, conforme evolução clínica.

Capacitações periódicas serão promovidas pela Secretaria da Saúde para atualização das equipes sobre diagnóstico, terapias baseadas em evidências e manejo farmacológico seguro.

O uso de terapias sem evidência científica ou com potencial de risco (como quelação, oxigenoterapia hiperbárica, dietas restritivas não supervisionadas, canabinoides sem prescrição autorizada) não é recomendado e deve ser formalmente contraindicado em prontuário.

10.4 Saúde Bucal

A atenção à saúde bucal da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) integra a linha de cuidado e deve ser organizada de forma contínua no âmbito da rede municipal, desde a primeira infância até a vida adulta, conforme fluxos assistenciais, critérios técnicos e níveis de atenção

As pessoas com TEA apresentam maior vulnerabilidade a agravos bucais, incluindo cárie dentária, doença periodontal, má oclusão e traumatismos orais, frequentemente relacionados a fatores como hipossalivação induzida por medicamentos, hábitos alimentares seletivos, alterações sensoriais e dificuldades de cooperação durante o atendimento odontológico.

O atendimento odontológico deve priorizar a abordagem humanizada, a comunicação alternativa e o manejo sensorial. É recomendável o uso de estratégias visuais, planejamento prévio da consulta, redução de estímulos ambientais e adoção de posturas não coercitivas.

As ações em saúde bucal devem priorizar a promoção, prevenção e reabilitação, respeitando as especificidades sensoriais e comportamentais das pessoas com TEA, com enfoque no atendimento humanizado e inclusivo.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) são responsáveis pela avaliação inicial, classificação de risco e acompanhamento contínuo, utilizando os critérios técnicos e fluxos descritos no protocolo municipal de odontologia.

Os casos que demandarem atenção especializada deverão ser encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), conforme o fluxo de referência e contrarreferência vigente na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

Devem ser asseguradas:

- A prioridade de atendimento à pessoa com deficiência e TEA, conforme legislação municipal e federal;
- A adaptação ambiental e comunicacional do espaço odontológico, conforme diretrizes de acessibilidade sensorial;
- A integração das ações odontológicas ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, garantindo continuidade e acompanhamento conjunto com a equipe multiprofissional.

Na atenção secundária e terciária, os serviços devem dispor de profissionais capacitados no manejo do paciente com deficiência e garantir o cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional, em articulação com os projetos terapêuticos singulares (PTS).

Qualquer revisão, ampliação de escopo ou alteração nas condutas clínicas, fluxos ou critérios de atendimento deverá seguir a versão mais recente do Protocolo Integrado da Saúde Bucal do Município de Sorocaba, prevalecendo sobre disposições gerais deste documento no que se refere ao componente odontológico.

10.5 Atenção à Crise e Serviço de Urgência

As situações de crise no contexto do TEA caracterizam-se por alterações abruptas de comportamento, agitação, agressividade, autoagressão ou fuga, que podem decorrer de sobrecarga sensorial, dor física, frustração ou mudanças ambientais. Embora possam demandar atenção imediata, o TEA não constitui uma urgência médica em si, conforme ressalta a Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI, 2025), devendo o manejo focar na estabilização ambiental e emocional.

Nas Unidades Básicas e de Pronto Atendimento, as equipes devem estar aptas a:

- Identificar gatilhos ambientais e fatores orgânicos (infecções, dor dentária, hipoglicemia, febre).
- Aplicar medidas de contenção ambiental e desescalada verbal, evitando o uso de contenção física ou farmacológica, salvo em risco iminente.
- Garantir ambiente seguro e com redução de estímulos (luz, ruído, aglomeração).
- Acionar a equipe médica e o serviço de apoio em saúde mental sempre que necessário.

O Serviço de Urgência (UPA) deverá seguir protocolos específicos para estabilização clínica, priorizando o acolhimento com escuta qualificada, avaliação multiprofissional e encaminhamento para acompanhamento em CAPS, AE ou APS conforme o desfecho.

Após a crise, é obrigatória a reavaliação do PTS, incluindo o plano de prevenção e manejo de novas crises.

10.6 Adolescência e Vida Adulta

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição vitalícia, e as necessidades de cuidado se modificam ao longo do ciclo de vida. Durante a adolescência e a vida adulta, tornam-se mais evidentes as demandas relacionadas à autonomia, socialização, saúde sexual e reprodutiva, inserção escolar e laboral, bem como o surgimento de comorbidades psiquiátricas e clínicas (ansiedade, depressão, obesidade, hipertensão).

A Atenção Primária à Saúde é o ponto de referência contínuo para o acompanhamento desses usuários, articulando-se com CAPS, eMulti, Educação e Assistência Social. Deve ser assegurado o suporte às famílias e cuidadores, inclusive em situações de transição escolar e social.

É fundamental o planejamento de vida adulta, contemplando:

- Acesso a programas de inclusão produtiva e capacitação profissional;

- Orientação sobre sexualidade, variabilidade de gênero e direitos reprodutivos;
- Prevenção de violência e discriminação;
- Monitoramento de comorbidades clínicas e psiquiátricas;
- Preparação para o envelhecimento e suporte aos cuidadores idosos.

10.7 Continuidade do Cuidado

A continuidade do cuidado é princípio estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e implica a manutenção do vínculo, da informação clínica e do acompanhamento longitudinal da pessoa com TEA em todos os níveis de atenção.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser o instrumento orientador do seguimento clínico e terapêutico, atualizado a cada seis meses ou diante de mudanças significativas no quadro clínico.

Todos os encaminhamentos entre APS, AE e Urgência devem prever contrarreferência obrigatória, com devolutiva formal do caso à unidade de origem.

A utilização de ferramentas de Telessaúde e sistemas de informação deve ser incentivada para acompanhamento remoto, apoio matricial e redução de desigualdades territoriais.

11. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) funciona como um plano de cuidado estratégico para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), sendo um instrumento oficial da Secretaria Municipal de Saúde. Sua finalidade é guiar as equipes na definição de condutas clínicas e na gestão terapêutica. O PTS é construído a partir da colaboração entre uma equipe multiprofissional e o próprio usuário, junto a sua família, resultando em um conjunto de propostas e ações articuladas que definem metas, objetivos e a programação do cuidado em rede.

O PTS assegura que cada usuário receba um plano de cuidados individualizado, dinâmico e intersetorial, adequado ao seu nível de suporte e ao seu contexto familiar, social e escolar. Sua elaboração parte das necessidades singulares da pessoa e de sua família, com o objetivo de promover autonomia, protagonismo, inclusão social e garantia de direitos, englobando múltiplas dimensões da vida, como saúde, educação, trabalho, lazer, cultura e vínculos comunitários (GUEDES, 2022).

11.1. Diretrizes e Princípios

A elaboração do PTS deverá observar os seguintes princípios orientadores:

a) Abordagem Centrada na Pessoa e na Família

O cuidado deve partir da escuta qualificada do indivíduo e de seus familiares, reconhecendo demandas, potencialidades, preferências, modos de comunicação, perfil sensorial e habilidades adaptativas.

b) Decisão Compartilhada

A definição das metas e condutas deve ocorrer por meio de negociação entre equipe, usuário e família, promovendo corresponsabilização e adesão terapêutica.

c) Modelo Biopsicossocial e Clínica Ampliada

As intervenções deverão considerar simultaneamente os aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais, sensoriais, sociais e ambientais, em consonância com os referenciais da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

d) Articulação em Rede

O PTS deve integrar formalmente os pontos de atenção da RAPS e da RCPD, assim como Educação, Assistência Social (CRAS/CREAS), espaços comunitários e culturais, e, quando necessário, Conselho Tutelar. Essa articulação deverá constar no PTS na forma de rotinas de comunicação, fluxos de referência e contrarreferência e responsabilidades pactuadas.

11.2. Elementos Estruturantes do Documento de PTS

Cada PTS deverá conter, no mínimo, os seguintes elementos:

- I. Descrição do perfil sensorial:** sensibilidades auditivas, visuais, táteis, alimentares e padrões de regulação sensorial.
- II. Modo de comunicação predominante:** comunicação verbal, não verbal, uso de PECS, LIBRAS, gestos, dispositivos alternativos/aumentativos.
- III. Habilidades adaptativas:** autocuidado, organização cotidiana, uso funcional da comunicação e manejo comportamental.
- IV. Interesses restritos e padrões comportamentais relevantes.**
- V. Necessidades de suporte** no ambiente familiar, escolar, comunitário e ocupacional.
- VI. Orientações familiares e educação em saúde**, incluindo manejo de comportamentos, promoção de habilidades, estratégias de rotina, acolhimento emocional e fortalecimento de vínculos.
- VII. Rotinas de articulação intersetorial** pactuadas entre saúde, educação, assistência social e demais setores.
- VIII. Plano de Prevenção e Manejo de Crises**, quando indicado, contendo:
 - Sinais precoces de desregulação,
 - Estratégias de desescalonamento verbal e ambiental,
 - Medidas de segurança,
 - Responsáveis e contatos de referência,
 - Fluxos de encaminhamento e acionamento da rede.



11.3. Etapas de Elaboração do PTS

O PTS é um processo dinâmico que se desenvolve em quatro momentos interdependentes, que podem ocorrer de forma não linear. A reavaliação contínua perpassa todas as etapas, permitindo ajustes e correções de rumo sempre que necessário (BRASIL, 2008).

Etapa	Descrição
1. Diagnóstico	Consiste em uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar aprofundada para compreender a situação do indivíduo. A avaliação deve abranger não apenas o diagnóstico clínico e o nível de suporte (avaliação orgânica), mas também os aspectos psicológicos, sociais, familiares e contextuais. Busca-se captar como o sujeito singular se produz e se expressa diante de suas condições, desejos, interesses e das forças presentes em seu meio (família, cultura, rede social).
2. Definição de Metas	Com base na avaliação diagnóstica, a equipe, em conjunto com o usuário e a família, estabelece as metas terapêuticas a serem alcançadas. As metas devem ser formuladas em propostas de curto, médio e longo prazo, sendo negociadas com o usuário e seus familiares, priorizando-se aquelas que gerem maior impacto na qualidade de vida e na autonomia.
3. Divisão de Responsabilidades	Nesta etapa, são definidas as tarefas e as responsabilidades de cada ator envolvido no cuidado: o próprio usuário, a família, cada profissional da equipe de referência e os demais serviços da rede. É fundamental que as atribuições sejam claras e pactuadas entre todos, fortalecendo o vínculo e a corresponsabilização.
4. Reavaliação	Momento central e contínuo do PTS, no qual se discute a evolução do caso, o alcance das metas propostas e a efetividade das ações. A reavaliação permite identificar novas demandas, ajustar as estratégias e redefinir os rumos do projeto. Recomenda-se que a reavaliação completa do PTS ocorra em um intervalo máximo de 6 (seis) meses, ou antes, caso haja mudanças significativas no quadro clínico ou no contexto de vida do usuário.

11.4. Operacionalização

- **Equipe de Referência:** Cada usuário com TEA terá uma equipe de referência, responsável pela coordenação do seu PTS. O profissional de referência (ou técnico de referência) será o membro da equipe com maior vínculo com o usuário e sua família, atuando como o principal articulador do cuidado.

- **Reuniões de Equipe:** As discussões para elaboração e reavaliação do PTS ocorrerão em reuniões de equipe multiprofissional, com frequência regular (semanal ou quinzenal). A participação do usuário e/ou de seus familiares é fundamental em momentos-chave do processo.

- **Registro Clínico:** O PTS deverá constar em prontuário eletrônico ou físico, de forma clara e acessível a toda a equipe, e conter, no mínimo:

- Avaliação diagnóstica multiprofissional;
- Metas mensuráveis e indicadores;
- Responsabilidades pactuadas;
- Plano de manejo e prevenção de crises;
- Registros de monitoramento e reavaliações periódicas;
- Acordos intersetoriais formalizados.

- **Articulação Intersetorial:** O PTS deve promover comunicação estruturada entre:

- Educação (coordenação pedagógica, AEE, sala de recursos, orientações escolares);
- Assistência Social (CRAS/CREAS, programas de proteção e suporte sociofamiliar);
- Conselho Tutelar, quando presente violação de direitos;
- Serviços especializados da RCPD e da RAPS;
- Equipamentos comunitários (cultura, esporte, lazer).

Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar formalizados no PTS e ser monitorados pela equipe de referência.

12. REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). HYMAN, S.L.; LEVY, S.E.; MYERS, S.M. **Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder**. Pediatrics, v. 145, n. 1, e20193447, 2020. Disponível em: <https://depts.washington.edu/dbpeds/ID.Eval.Mgt.Children.ASD%28AAP.2020%29.pdf>. Acesso em: out. 2025. DOI: 10.1542/peds.2019-3447.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5-TR**. 5ª ed. rev. Arlington, VA: APA Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.appi.org/products/dsm-5-tr> Acesso em: out. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014**. Regulamenta a Lei nº 12.764/2012. Diário Oficial da União, Brasília, 3 dez. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2022: dados sobre Transtorno do Espectro Autista**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/censo2022>. Acesso em: out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Diário Oficial da União, Brasília, 8 dez. 1993.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB). Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, 27 dez. 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017**. Torna obrigatória a adoção de protocolos de detecção precoce de risco para o desenvolvimento psíquico infantil no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 27 abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para alunos com transtornos de aprendizagem. Diário Oficial da União, Brasília, 1 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.626, de 20 de julho de 2023**. Institui a Carteira de Identificação

da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA). Diário Oficial da União, Brasília, 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para o Transtorno do Espectro Autista**. Brasília: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – DAPES, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 7, de 14 de abril de 2022**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo do Comportamento Agressivo no TEA. Brasília: MS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 7, de 14 de abril de 2022**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo do Comportamento Agressivo no TEA. Brasília: MS, 2022.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder (ASD)**. Atlanta, 2023. Disponível em: https://www.cdc.gov/autism/data-research/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html. Acesso em: out. 2025.

CURATOLO, P.; et al. **Comorbidities in Autism Spectrum Disorder: From Diagnosis to Treatment**. *Frontiers in Neurology*, v. 11, 721, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2020.00721/full>. Acesso em: out. 2025.

GUEDES, Tâmara Albuquerque Leite. **Principais elementos do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2022. Recurso Educacional Aberto.

GRINGRAS, P.; et al. **Melatonin for Sleep Problems in Children With Neurodevelopmental Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis**. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 54, n. 8, p. 783-792, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22647016/>. Acesso em: out. 2025.

LAI, M.-C.; LOMBARDO, M.V.; BARON-COHEN, S. **Autism**. *The Lancet*, v. 383, n. 9920, p. 896-910, 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61539-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61539-1/fulltext). Acesso em: out. 2025.

LORD, C.; ELSABBAGH, M.; BAIRD, G.; VEENSTRA-VANDERWEELE, J. **Autism Spectrum Disorder**. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 6, n. 1, p. 5, 2020. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673618311292> . Acesso em: out. 2025.

MOSS, P.; et al. **Systematic Review of the Prevalence of Anxiety in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder**. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 47, p. 2719-2730, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19223098/> . Acesso em: out. 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Autism Spectrum Disorder in Under 19s: Recognition, Referral and Diagnosis (NG128)**. Londres: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG128> . Acesso em: out. 2025.

RAPIN, I.; DUNN, M. **Language Disorders and Autism**. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 33, n. 3, p. 373-394, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9195665/> . Acesso em: out. 2025.

SCHAFF, R.C.; BENEVEDES, T.; KELLY, D.; MAILLOUX, Z. **Occupational Therapy and Sensory Integration for Children With Autism: A Review of Evidence**. American Journal of Occupational Therapy, v. 72, n. 1, 2018. Disponível em: <https://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=otfp> . Acesso em: out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA INFANTIL (SBNI). **Recomendações Nacionais para o Manejo Diagnóstico e Terapêutico do Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: SBNI, 2025. Disponível em: <https://sbni.org.br> . Acesso em: out. 2025.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 17.158, de 18 de setembro de 2019**. Institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 19 set. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado para o Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: SES/SP, 2022.

SOROCABA (Município). **Lei nº 10.245, de 4 de setembro de 2012**. Dispõe sobre a Política Municipal de Atendimento à Pessoa com TEA. Diário Oficial do Município, Sorocaba, 5 set. 2012.

SOROCABA (Município). **Lei nº 12.025, de 14 de junho de 2019**. Altera dispositivos da Lei nº 10.245/2012. Diário Oficial do Município, Sorocaba, 15 jun. 2019.

SOROCABA (Município). **Lei nº 13.078, de 2024**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 10.245/2012, assegurando o direito à saúde dos autistas no SUS municipal. Diário Oficial do Município, Sorocaba, 2024.

SOROCABA (Município). **Lei nº 13.161, de 17 de março de 2025**. Institui a Política Municipal de Diagnóstico Tardio de Autismo. Diário Oficial do Município, Sorocaba,



18 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Autism Spectrum Disorders – Fact Sheet**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: out. 2025.

13. ANEXOS

13.1 Anexo 1 – Instrumento de Triagem: M-CHAT-R

O M-CHAT-R pode ser aplicado e pontuado como parte de uma consulta de rotina e também pode ser usado por especialistas ou por outros profissionais para avaliar o risco de TEA. O principal objetivo do M-CHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o maior número possível de casos de TEA. Ainda assim, há uma elevada taxa de falsos positivos, o que significa que nem todas as crianças que obtêm uma pontuação de risco serão diagnosticadas com TEA.

Para resolver esse aspecto, criamos a Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F). Os usuários devem estar conscientes que mesmo com a Entrevista de Seguimento, um número significativo de crianças que pontuam positivo no M-CHAT-R não serão diagnosticados com TEA. No entanto, essas crianças apresentam risco elevado para outros distúrbios do desenvolvimento ou atrasos, sendo portanto, justificada a avaliação para qualquer criança com resultado positivo. O MCHAT-R pode ser pontuado em menos de dois minutos.

Algoritmo de Pontuação

Para todos os itens, exceto os itens 2, 5, e 12, a resposta "NÃO" indica risco de TEA; para os itens 2, 5, e 12, a resposta "SIM" indica risco de TEA. O seguinte algoritmo maximiza as propriedades psicométricas do M-CHAT-R:

BAIXO RISCO: Pontuação total é de 0-2; se a criança tiver menos de 24 meses, repetir o M-CHAT-R aos 24 meses. Não é necessário qualquer outra medida, a não ser que a vigilância indique risco de TEA.

RISCO MODERADO: Pontuação total é 3-7; administrar a Entrevista de Seguimento (segunda etapa do M-CHAT-R/F) para obter informação adicional sobre as respostas de risco. Se a pontuação do M-CHAT-R/F continuar a ser igual ou superior a 2, a criança pontua positivo na triagem. Medidas necessárias: encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e para avaliação da necessidade de intervenção. Se a pontuação da Entrevista de Seguimento for 0-1, a criança pontua negativo. Nenhuma outra medida é necessária, a não ser que a vigilância indique risco de TEA. A criança deverá fazer a triagem novamente em futuras consultas de rotina.

ALTO RISCO: Pontuação total é de 8-20; pode-se prescindir da Entrevista de Seguimento e encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e também para avaliação da necessidade de intervenção

M-CHAT-R™

Por favor, responda estas perguntas sobre sua criança. Lembre-se de como sua criança se comporta habitualmente. Se você observou o comportamento algumas vezes (por exemplo, uma ou duas vezes), mas sua criança não o faz habitualmente, então por favor responda “Não”. Por favor, responda Sim ou Não para cada questão. Muito obrigado.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado do cômodo, sua criança olha para o que você está apontando? (Por exemplo: se você apontar para um brinquedo ou um animal, sua criança olha para o brinquedo ou animal?)	Sim	Não
2. Alguma vez você já se perguntou se sua criança poderia ser surda?	Sim	Não
3. Sua criança brinca de faz-de-conta? (Por exemplo, finge que está bebendo em um copo vazio ou falando ao telefone, ou finge que dá comida a uma boneca ou a um bicho de pelúcia?)	Sim	Não
4. Sua criança gosta de subir nas coisas? (Por exemplo: móveis, brinquedos de parque ou escadas)	Sim	Não
5. Sua criança faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos?)	Sim	Não
6. Sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, aponta para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance?)	Sim	Não
7. Sua criança aponta com o dedo para lhe mostrar algo interessante? (Por exemplo, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na estrada?)	Sim	Não
8. Sua criança interessa-se por outras crianças? (Por exemplo, sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	Sim	Não
9. Sua criança mostra-lhe coisas, trazendo-as ou segurando-as para que você as veja – não para obter ajuda, mas apenas para compartilhar com você? (Por exemplo, mostra uma flor, um bicho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo?)	Sim	Não
10. Sua criança responde quando você a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia ou para o que está fazendo, quando você a chama pelo nome?)	Sim	Não
11. Quando você sorri para sua criança, ela sorri de volta para você?	Sim	Não
12. Sua criança fica incomodada com os ruídos do dia a dia? (Por exemplo, sua criança grita ou chora com barulhos como o do aspirador ou de música alta?)	Sim	Não
13. Sua criança já anda?	Sim	Não
14. Sua criança olha você nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?	Sim	Não
15. Sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, dá tchau, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)	Sim	Não
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, sua criança olha em volta para ver o que é que você está olhando?	Sim	Não
17. Sua criança busca que você preste atenção nela? (Por exemplo, sua criança olha para você para receber um elogio ou lhe diz “olha” ou “olha para mim”?)	Sim	Não
18. Sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “ponha o livro na cadeira” ou “traga o cobertor”?)	Sim	Não
19. Quando alguma coisa nova acontece, sua criança olha para o seu rosto para ver sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para o seu rosto?)	Sim	Não
20. Sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser balançada ou pular nos seus joelhos?)	Sim	Não

13.2 Anexo 2 – Instrumento de Seguimento: M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)™

Instruções de Uso

O M-CHAT-R/F é desenhado para ser usado com o M-CHAT-R; o M-CHAT-R está validado para rastrear crianças entre 16 e 30 meses para avaliar o risco de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Os usuários devem ter em mente que mesmo com a Entrevista de Seguimento, um número significativo de crianças que falham no M-CHAT-R não serão diagnosticadas com TEA. No entanto, essas crianças estão em risco para outros distúrbios do desenvolvimento ou atrasos, e por isso, o acompanhamento é recomendado para qualquer criança cuja avaliação for positiva.

Assim que o pai ou a mãe preencher o M-CHAT-R, pontue o instrumento de acordo com as instruções. Se a criança pontuar positivo, escolha os itens da Entrevista de Seguimento com base nos itens em que a criança falhou no M-CHAT-R.

Apenas os itens em que a criança falhou inicialmente necessitam ser administrados para uma entrevista completa.

Cada página da entrevista corresponde a um item do M-CHAT-R. Siga o formato do organograma, fazendo as perguntas até pontuar PASSA ou FALHA. Por favor, repare que os pais poderão responder "talvez" às questões feitas durante a entrevista.

Quando um pai relata um "talvez", pergunte se a maior parte das vezes a resposta é "Sim" ou "Não" e continue a entrevista de acordo com essa resposta. Nas perguntas onde é possível responder "Outros", o entrevistador deve julgar se é uma resposta de "Passa" ou "Falha".

Pontue as respostas a cada item da Folha de Pontuação do M-CHAT-R/F (que contém os mesmos itens que o M-CHAT-R mas as respostas Sim/Não foram substituídas por Passa/Falha). A entrevista é considerada como pontuando positivo se a criança falhar quaisquer 2 itens na Entrevista de Seguimento. Se a criança pontuar positivo no M-CHAT-R/F, é fortemente recomendado que seja referenciada para intervenção e avaliação, assim que possível. Por favor, tenha em mente que, caso o profissional de saúde ou os pais tenham preocupações relativas a um TEA, a criança deve ser referenciada para avaliação, independentemente da pontuação no M-CHAT-R ou no M-CHAT-R/F.

M-CHAT-R/F Entrevista de Seguimento™ – Folha de Pontuação

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado do cômodo, sua criança olha para o que você está apontando? (Por exemplo: se você apontar para um brinquedo ou um animal, sua criança olha para o brinquedo ou animal?)	Passa Falha
2. Alguma vez você já se perguntou se sua criança poderia ser surda?	Passa Falha
3. Sua criança brinca de faz-de-conta? (Por exemplo, finge que está bebendo em um copo vazio ou falando ao telefone, ou finge que dá comida a uma boneca ou a um bicho de pelúcia?)	Passa Falha
4. Sua criança gosta de subir nas coisas? (Por exemplo: móveis, brinquedos de parque ou escadas)	Passa Falha
5. Sua criança faz movimentos incomuns com os dedos perto dos olhos? (Por exemplo, abana os dedos perto dos olhos?)	Passa Falha
6. Sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (Por exemplo, aponta para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance?)	Passa Falha
7. Sua criança aponta com o dedo para lhe mostrar algo interessante? (Por exemplo, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na estrada?)	Passa Falha
8. Sua criança interessa-se por outras crianças? (Por exemplo, sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	Passa Falha
9. Sua criança mostra-lhe coisas, trazendo-as ou segurando-as para que você as veja – não para obter ajuda, mas apenas para compartilhar com você? (Por exemplo, mostra uma flor, um bicho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo?)	Passa Falha
10. Sua criança responde quando você a chama pelo nome? (Por exemplo, olha, fala ou balbucia, ou para o que está fazendo, quando você a chama pelo nome?)	Passa Falha
11. Quando você sorri para sua criança, ela sorri de volta para você?	Passa Falha
12. Sua criança fica incomodada com os ruídos do dia a dia? (Por exemplo, sua criança grita ou chora com barulhos como o do aspirador ou de música alta?)	Passa Falha
13. Sua criança já anda?	Passa Falha
14. Sua criança olha você nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?	Passa Falha
15. Sua criança tenta imitar aquilo que você faz? (Por exemplo, dá tchau, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)	Passa Falha
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, sua criança olha em volta para ver o que é que você está olhando?	Passa Falha
17. Sua criança busca que você preste atenção nela? (Por exemplo, sua criança olha para você para receber um elogio ou lhe diz “olha” ou “olha para mim”?)	Passa Falha
18. Sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? (Por exemplo, se você não apontar, ela consegue compreender “ponha o livro na cadeira” ou “ traga o cobertor”?)	Passa Falha
19. Quando alguma coisa nova acontece, sua criança olha para o seu rosto para ver a sua reação? (Por exemplo, se ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para o seu rosto?)	Passa Falha
20. Sua criança gosta de atividades com movimento? (Por exemplo, ser balançada ou pular nos seus joelhos?)	Passa Falha

****Demais folhas disponíveis no PEC e para download no site.***

13.3 Anexo 3 – Classificação Internacional de Doenças

Condição	CID-10	CID-11
<p>Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)</p>	<p>F84 – Transtornos globais do desenvolvimento</p> <p>F84.0 – Autismo infantil F84.1 – Autismo atípico</p>	<p>6A02 Transtorno do espectro autista 6A02.0 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional 6A02.1 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional 6A02.2 Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento da linguagem funcional 6A02.3 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e comprometimento da linguagem funcional 6A02.5 Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e ausência de linguagem funcional 6A02.Y Outro transtorno do espectro autista especificado 6A02.Z Transtorno do espectro autista, não especificado</p>
<p>Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)</p>	<p>F31 Transtorno afetivo bipolar</p> <p>F31.0 – Episódio maníaco sem sintomas psicóticos F31.1 – Episódio maníaco com sintomas psicóticos F31.2 – Episódio depressivo F31.3 – Episódio depressivo com sintomas psicóticos F31.4 – Episódio misto F31.5 – Remissão F31.6 – Outro especificado F31.8 – Outros transtornos afetivos bipolares</p>	<p>6A60 – Transtorno bipolar tipo I 6A61 – Transtorno bipolar tipo II 6A6Y – Outro especificado 6A6Z – Não especificado</p>

Condição	CID-10	CID-11
Transtornos de Humor – Depressão	<p>F32 Episódios depressivos F32.0 – Episódio depressivo leve F32.1 – Episódio depressivo moderado F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos F32.8 – Outros episódios depressivos</p> <p>F33 Transtorno depressivo recorrente F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve F33.1 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado F33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos F33.3 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos F33.4 – Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão F33.8 – Outros transtornos depressivos recorrentes</p> <p>F34 Transtornos de humor persistentes F34.0 – Ciclotimia F34.1 – Distímia</p>	<p>6A70 – Episódio depressivo único 6A71 – Transtorno depressivo recorrente 6A72 – Transtorno depressivo distímico</p>
Transtornos de Ansiedade	<p>F40 Transtornos fóbico-ansiosos F40.0 – Agorafobia F40.1 – Fobia social F40.2 – Fobia específica</p> <p>F41 Outros transtornos ansiosos F41.0 – Transtorno de pânico F41.1 – Ansiedade generalizada F41.2 – Transtorno misto ansioso e depressivo F41.3 – Outros transtornos ansiosos mistos</p>	<p>6B00 – Ansiedade generalizada 6B01 – Transtorno de pânico 6B02 – Ansiedade de separação 6B03 – Ansiedade social 6B04 – Fobia específica 6B05 – Mutismo seletivo 6B0Y – Outro transtorno de ansiedade especificado 6B0Z – Não especificado</p>



Condição	CID-10	CID-11
	F41.8 – Outros transtornos ansiosos especificados F41.9 – Transtorno ansioso não especificado	
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	F42 Transtorno obsessivo-compulsivo F42.0 – Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de idéias ou de ruminações obsessivas F42.1 – Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos [rituais obsessivos] F42.2 – Transtorno obsessivo-compulsivo, forma mista, com idéias obsessivas e comportamentos compulsivos F42.8 – Outros transtornos obsessivo-compulsivos F42.9 – Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado	6B20 – Transtorno obsessivo-compulsivo6 B21 – Transtorno dismórfico corporal 6B22 – Transtorno de acumulação 6B23 – Tricotilomania 6B24 – Dermatilomania
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	F90 Transtornos hipercinéticos F90.0 – Distúrbio de atividade e atenção F90.1 – Transtorno hipercinético de conduta F90.8 – Outros transtornos hipercinéticos F90.9 – Transtorno hipercinético não especificado	6A05 – Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)	F91 Distúrbios de conduta F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado F91.3 – Transtorno desafiador de oposição	6C90 – Transtorno de oposição desafiante
Transtornos do Sono	G47 Distúrbios do sono G47.0 – Insônia G47.1 – Hipersonia G47.2 – Distúrbios do ciclo vigília-sono G47.3 – Apneia do sono	7A00 – Transtorno de insônia 7A01 – Hipersonolência 7A02 – Narcolepsia 7A03 – Transtorno respiratório do sono 7A04 – Distúrbios do ritmo



Condição	CID-10	CID-11
	G47.4 – Narcolepsia G47.8 – Outros distúrbios do sono G47.9 – Distúrbio do sono, não especificado	circadiano 7A0Y – Outro especificado 7A0Z – Não especificado
Deficiência Intelectual	F70-F79 Retardo mental F70 – Leve F71 – Moderada F72 – Grave F73 – Profundo F78 – Outro especificado F79 – Não especificado	6A00.0 – Leve 6A00.1 – Moderada 6A00.2 – Grave 6A00.3 – Profunda 6A00.Y – Outro especificado 6A00.Z – Não especificado
Epilepsia	G40 Epilepsia G40.0 – Epilepsia focal idiopática G40.1 – Epilepsia focal sintomática G40.2 – Epilepsia generalizada idiopática G40.3 – Epilepsia generalizada sintomática G40.4 – Epilepsia parcial e generalizada combinada G40.5 – Epilepsia especial G40.8 – Outras epilepsias G40.9 – Epilepsia, não especificada	8A60 – Epilepsia 8A61 – Epilepsia focal 8A62 – Epilepsia generalizada 8A63 – Epilepsia de início indeterminado 8A6Y – Outro tipo especificado 8A6Z – Não especificado

13.4 Anexo 4 – Níveis de Suporte no TEA (DSM-5-TR)

O DSM-5-TR descreve 3 níveis de suporte, avaliando dois domínios centrais:

- Comunicação social (interação, reciprocidade, manutenção de relações)
- Comportamentos restritivos e repetitivos (rigidez, interesses fixos, estereotípias)

Nível 1 Requer Suporte	Nível 2 Requer Suporte Substancial	Nível 3 Requer Suporte Muito Substancial
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social: Dificuldades perceptíveis sem apoio; prejuízo em iniciar interações sociais; respostas atípicas; pode ter dificuldade em manter conversas. • Comportamentos restritivos/repetitivos: Infez rigidez que causa problemas significativos em um ou mais contextos (ex.: dificuldade em alternar atividades). • Exemplo clínico: Criança/adulto que fala fluentemente, mas tem dificuldades em compreender sutilezas sociais; comportamento rígido causa estresse em ambientes novos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social: Déficits marcantes, aparentes mesmo com apoio; comunicação verbal e não verbal limitada; interações sociais restritas. • Comportamentos restritivos/repetitivos: Frequentes, óbvios e interferem no funcionamento em diversos contextos. • Exemplo clínico: Pessoa que fala frases simples, cuja interação é restrita a tópicos muito específicos; dificuldade grande de lidar com mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social: Déficits severos, interferindo significativamente; fala mínima ou ausência de linguagem funcional; raramente inicia interações sociais. • Comportamentos restritivos/repetitivos: Movimentos estereotipados frequentes, resistência extrema a mudanças, interferindo fortemente no cotidiano. • Exemplo clínico: Indivíduo não verbal, com comunicação limitada a gestos simples, altamente dependente de apoio em tarefas básicas.

Fonte: Adaptado da DSM-5-TR, Seção II, Transtornos do Neurodesenvolvimento – Transtorno do Espectro Autista.

13.5 Anexo 5 – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), é um instrumento estruturante da avaliação biopsicossocial, essencial para o planejamento terapêutico singular no TEA, pois complementa o diagnóstico médico (CID) com uma análise funcional e contextual da pessoa.

A CIF organiza a funcionalidade humana em quatro grandes componentes, cada um com códigos alfanuméricos padronizados. Os fatores pessoais (como idade, gênero, história de vida, estilo cognitivo) também são considerados, mas não possuem códigos padronizados na versão oficial.

Componente	Prefixo	Descrição
Funções do corpo	b	Funções fisiológicas e psicológicas
Estruturas do corpo	s	Partes anatômicas relacionadas às funções
Atividades e participação	d	Execução de tarefas e envolvimento em situações de vida
Fatores ambientais	e	Contextos físicos, sociais e atitudinais que influenciam a funcionalidade

Os códigos mais utilizados para avaliação de funcionalidade em TEA são os seguintes:

A. Funções do Corpo (b)		B. Atividades e Participação (d)	
Código	Descrição	Código	Descrição
b117	Funções intelectuais	d130	Copiar e imitar ações
b125	Funções de temperamento e personalidade	d135	Comunicação não verbal
b130	Funções de energia e impulsos	d155	Aquisição de habilidades
b140	Funções da atenção	d160	Focar e alternar atenção
b156	Percepção	d166	Leitura e compreensão simbólica
b160	Funções do pensamento	d170	Redação e expressão escrita
b164	Funções cognitivas superiores (planejamento, flexibilidade cognitiva)	d310– d329	Comunicação: compreensão e expressão
b167	Funções mentais da linguagem	d710– d729	Interações interpessoais básicas e complexas
b180	Funções relacionadas à	d760	Relações familiares



A. Funções do Corpo (b)		B. Atividades e Participação (d)	
	experiência emocional		
b320	Funções da articulação da fala	d820	Educação formal
b760	Controle de movimentos voluntários	d850	Trabalho e emprego
b765	Coordenação de movimentos complexos	d920	Recreação e lazer

C. Fatores Ambientais (e)		D. Estruturas do Corpo (s)	
Código	Descrição	Código	Descrição
e310	Apoio e relacionamento com familiares	s110	Estrutura do cérebro
e355	Apoio de profissionais de saúde	s120	Estruturas do sistema nervoso periférico
e360	Atitudes de profissionais de saúde	s320	Estruturas da boca
e410	Ambiente físico domiciliar	s710	Estruturas relacionadas aos movimentos das extremidades superiores
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	s750	Estruturas do tronco
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação	s760	Estruturas dos membros inferiores
e590	Serviços, sistemas e políticas de bem-estar social	s830	Estruturas dos olhos, ouvidos e áreas relacionadas

Exemplo aplicado: Criança de 8 anos com TEA nível 2

Déficits: b167 (linguagem), b140 (atenção), d710 (interação social), d155 (aprendizagem de habilidades).

Facilitadores ambientais: e310 (apoio familiar), e580 (serviços de saúde).


Barreiras: e585 (adaptação escolar insuficiente).

Essas informações permitem construir um PTS mais preciso e articulado com as políticas públicas.



14. APÊNDICES

14.1 Apêndice 1: Modelo Guia de Encaminhamento

	
RELATÓRIO MÉDICO	
<input type="button" value="Salvar como"/> <input type="button" value="Imprimir"/> <input type="button" value="Limpar todos os dados"/> <input type="button" value="Limpar dados municipais"/> <input type="button" value="Buscar SIS"/> <input type="button" value="Buscar SIRESP"/> <input type="button" value="Buscar CNES"/>	
<p>Nome: _____</p> <p>Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Escolaridade: _____</p>	
HISTÓRICO CLÍNICO	
DIAGNÓSTICO*	
<small>* CID-10: Nível de Suporte pode variar ao longo do desenvolvimento, variando conforme demandas ambientais, intervenções e capacidades individuais.</small>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista (TEA) <input type="checkbox"/> Nível 1 de Suporte <input type="checkbox"/> Nível 2 de Suporte <input type="checkbox"/> Nível 3 de Suporte
COMORBIDADES ASSOCIADAS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transtorno de Ansiedade <input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) <input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transtorno do Sono <input type="checkbox"/> Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transtorno de Humor (Depressão) <input type="checkbox"/> Transtorno de Humor Bipolar (TAB) <input type="checkbox"/> Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)
<input type="checkbox"/>	OUTRAS:
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico + Comorbidades (CID-10/CID-11):
QUADRO CLÍNICO ATUAL	
<input type="checkbox"/>	Comunicação/Linguagem:
<input type="checkbox"/>	Interação social:
<input type="checkbox"/>	Desenvolvimento cognitivo:
<input type="checkbox"/>	Aspectos motores:
<input type="checkbox"/>	Independência/Autonomia nas AVD:
<input type="checkbox"/>	Aprendizado escolar:
<input type="checkbox"/>	Comportamentos <input type="checkbox"/> Rigidez: <input type="checkbox"/> Agressividade: <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora: <input type="checkbox"/> Estereotípias motoras/vocais: <input type="checkbox"/> Interesses restritos:
<input type="checkbox"/>	Alterações do processamento sensorial <input type="checkbox"/> Hipossensibilidade: <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade:
<input type="checkbox"/>	Alimentação



Dados de Mobilidade		MOBILIDADE FÍSICA		SIM	NÃO
		1. Capacidade de Desambulação: O(A) paciente possui marcha funcional, sendo capaz de caminhar de forma independente até um ponto de ônibus e aguardar pelo transporte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Embarque e Desembarque: O(A) paciente possui habilidade motora para subir e descer os degraus de um ônibus convencional, com o auxílio verbal ou físico leve de um acompanhante?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. Permanência no Veículo: O(A) paciente consegue se manter sentado(a) com o auxílio e supervisão do responsável durante o movimento do veículo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. Ausência de Impedimento Físico Severo: O(A) paciente apresenta alguma condição motora ou de saúde que o(a) impeça fisicamente de acessar e permanecer em um veículo de transporte coletivo convencional, mesmo com ajuda? (Marcar "NÃO" se não houver impedimento físico severo).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5. Conclusão Funcional: Do ponto de vista estritamente da mobilidade física, o(a) paciente tem condições de utilizar o transporte coletivo convencional, desde que devidamente acompanhado(a) por um responsável que lhe ofereça suporte e segurança?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAÇÕES EM USO (NO MOMENTO)					
Dados dos Enc.		ENCAMINHAMENTOS E RECOMENDAÇÕES			
		<input type="checkbox"/> Encaminhamento para tratamento com equipe multiprofissional, conforme Protocolo Municipal.			
		<input type="checkbox"/> Encaminhamento para avaliação das necessidades em ambiente escolar pela equipe pedagógica da unidade de matrícula. Conforme Lei 17.168 de 18 de setembro de 2018, que institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.			
Dados das Rec.		Recomendações:			
		<input type="checkbox"/>			
BASE LEGAL					
<p>Lei nº 12.784/2012 – Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei Benedito Piaia); Lei nº 13.146/2016 – Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão); Lei nº 17.158/2019 (BP) – Política Estadual para Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA; Constituição Federal de 1988 – arts. 8º, 106 a 200 (direito à saúde), art. 227 (direito da criança e do adolescente); Lei nº 8.099/1990 – ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) – garante prioridade absoluta na proteção integral; Lei nº 8.742/1993 – LOAS – prevê o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência, aplicável ao TEA; Lei nº 9.394/1996 – LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) – garante educação inclusiva; Lei nº 13.438/2017 – torna obrigatória a adoção de protocolos de detecção precoce de risco para o desenvolvimento psíquico infantil no SUS, abrangendo TEA; Lei nº 14.254/2021 – determina acompanhamento integral para alunos com transtorno de aprendizagem na rede escolar; Lei nº 13.977/2020 – institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de validade nacional; Decreto nº 8.388/2014 – regulamenta a Lei nº 12.784/2012; Portaria nº 793/2012 – institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.</p>					
SOROCABA, ____/____/____					
HOJE					
_____ (Assinatura e Carimbo) MÉDICO SOLICITANTE					
Versão 2 - 12/09/2026					

14.2 Apêndice 2: Checklist de Níveis de Suporte – TEA (DSM-5-TR)

Nível 1 – Requer Suporte	Nível 2 – Requer Suporte Substancial	Nível 3 – Requer Suporte Muito Substancial
--------------------------	--------------------------------------	--

Comunicação social		Comunicação social		Comunicação social	
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em iniciar interações sociais.	<input type="checkbox"/>	Déficits verbais e não verbais marcantes, evidentes mesmo com suporte.	<input type="checkbox"/>	Déficits graves na comunicação verbal e não verbal.
<input type="checkbox"/>	Respostas atípicas em conversas ou interações.	<input type="checkbox"/>	Linguagem verbal limitada (frases curtas, vocabulário restrito).	<input type="checkbox"/>	Ausência de linguagem funcional ou uso mínimo de palavras.
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em manter reciprocidade social (ex.: troca de turnos, contato visual).	<input type="checkbox"/>	Poucas tentativas de iniciar interações.	<input type="checkbox"/>	Raramente inicia interações sociais.
<input type="checkbox"/>	Consegue se comunicar, mas de forma superficial ou restrita.	<input type="checkbox"/>	Compreensão limitada de regras sociais básicas.	<input type="checkbox"/>	Comunicação limitada a gestos simples, ecolalia ou uso de dispositivos alternativos.

Comportamentos restritivos/repetitivos		Comportamentos restritivos/repetitivos		Comportamentos restritivos/repetitivos	
<input type="checkbox"/>	Rigidez comportamental perceptível em ambientes escolares ou de trabalho.	<input type="checkbox"/>	Estereotipias ou interesses restritos frequentes, difíceis de redirecionar.	<input type="checkbox"/>	Movimentos estereotipados frequentes e de difícil manejo.
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em alternar entre atividades/tarefas.	<input type="checkbox"/>	Sofrimento significativo diante de pequenas mudanças de rotina.	<input type="checkbox"/>	Resistência extrema a mudanças, podendo gerar crises graves.
<input type="checkbox"/>	Resistência moderada a mudanças de rotina.	<input type="checkbox"/>	Comportamentos rígidos interferem em múltiplos contextos (casa, escola, trabalho).	<input type="checkbox"/>	Interesses fixos ou restritos que ocupam quase todo o tempo da pessoa.
<input type="checkbox"/>	Interesses fixos que podem interferir parcialmente no funcionamento diário.	<input type="checkbox"/>	Necessidade de ambiente estruturado para reduzir crises.	<input type="checkbox"/>	Necessidade de suporte intenso e contínuo em atividades básicas de vida diária.

Fonte: Adaptado da DSM-5-TR, Seção II, Transtornos do Neurodesenvolvimento – Transtorno do Espectro Autista.



Observação: A linguagem representa o critério mais relevante na definição do grau de suporte requerido

14.3 Apêndice 3: Modelo Guia de Encaminhamento Ambulatorial

Salvar como	Imprimir	Limpar todos os dados	Limpar dados municipais	Buscar SIS	Buscar CROSS	Buscar REMUNE	Local de Controlador	Buscar Popular	Buscar CEAF	Buscar RENAME	Buscar CNES
Secretaria da Saúde		Prefeitura de SOROCABA		GUIA DE REFERÊNCIA				SUS			
Buscar Critérios de Encaminhamento no Protocolo de Especialidades											

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE	Especialidade:	Prioridade: PO ()
	Endereço do local agendado:	P1 () P2 () P3 ()
	Data:	Hora:

Nome do Paciente/Nome Social:		Data de Nascimento: / /	
Tempo da Doença:	SIS:	CROSS:	
Quadro Clínico:			
Hipótese de Diagnóstico:		CID:	
Exames Solicitados:			
Medicação Indicada:			
Evolução do Paciente:			
Motivo do Encaminhamento:			
Assinatura / Carimbo do Profissional		Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:	
_____		_____	
Data: ___/___/___ <small>HOJE</small>		Data: ___/___/___ <small>HOJE</small>	

Secretaria da Saúde	Prefeitura de SOROCABA	GUIA CONTRARREFERÊNCIA	SUS
Do serviço:		Para:	
Especialidade:			
Nome do Paciente:		Nº do Prontuário:	
Diagnóstico/Tratamento:			
Orientação à Unidade de Origem:			
* Retorno em:		Assinatura / Carimbo	

		Data: ___/___/___ <small>HOJE</small>	



15. VIGÊNCIA E REVISÃO

- Vigência: Março/2026 a Março/2027
- Reavaliação pela equipe técnica em 15 dias após a implantação inicial, depois mensalmente nos três meses subsequentes e, a partir de então, a cada dois anos.
- Revisão antecipada em caso de atualização normativa, mudança de fluxo ou reorganização da rede.



*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA